

ZEITSCHRIFT FÜR
GERONTOLOGIE UND ETHIK

Schweizer Perspektiven von Gerontologie und Ethik

4 | 2013

Inhaltsverzeichnis

- 7 Editorial
Barbara Städtler-Mach

Schweizer Perspektiven von Gerontologie und Ethik

- 9 ZUR BEDEUTUNG GESELLSCHAFTLICHER EINSTELLUNGEN ZUM ALTER IM
BLICK AUF ALTERSSUIZIDE.
Gerontologisch-ethische Überlegungen
Heinz Rügger
- 39 SPIRITUALITÄT STÄRKT DIE BETRIEBSKULTUR VON LANGZEITPFLEGE-
INSTITUTIONEN
Anemone Eglin
- 49 GESTALTUNG VON BEGEGNUNGSRÄUMEN UNTER BESONDERER BERÜCK-
SICHTIGUNG VON LICHT UND FARBEN
Gregor Eibel & Evelyn Huber
- 64 SOZIALE KOGNITION BEI MENSCHEN MIT FRONTOTEMPORALER DEMENZ
Georg Franken
- 77 DIE FINANZIELLE SITUATION DES INDIVIDUUMS IM PFLEGEHEIM
Werner Widmer

Aus der Praxis

- 81 VA BENE – BESSER LEBEN ZUHAUSE
Barbara Mayer

Literatur/ Kultur/ Medien

- 87 DIAKONIE – EINE EINFÜHRUNG
Eine Rezension von Barbara Städtler-Mach
- 90 SPIRITUAL ASSESSMENT SPASS
Eine Rezension von Kathrin Holthoff
- 92 Themenvorschau
- 93 Themenrückschau
- 94 Autorinnen und Autoren dieses Heftes
- 96 Impressum

Editorial

Mit dieser Ausgabe unserer Zeitschrift betreten wir in zweifacher Hinsicht „Neuland“. Zum einen tun wir das in ganz formaler Hinsicht: Zum ersten Mal seit Bestehen ist eine ganze Ausgabe den Entwürfen und Überlegungen zum Spannungsfeld von Gerontologie und Ethik eines anderen Landes gewidmet. Bislang konzentrierten sich die in dieser Zeitschrift vorgestellten Autorinnen und Autoren, Themen und Veröffentlichungen stark auf Deutschland. Das ist nun zum ersten Mal bewusst durchbrochen: Wir blicken in die Schweiz und lernen die Ansätze in Theorie und Praxis kennen, die dort entwickelt, diskutiert und gelebt werden.

Zum anderen betreten wir auch inhaltlich damit Neuland. In unserem Nachbarland gibt es andere Strukturen, innerhalb derer sich die Arbeit mit alten Menschen vollzieht. Es gibt andere Denktraditionen und Berufsverständnisse. Nicht zuletzt gibt es auch andere „innere Freiheiten“, die neue Zugänge und Denksysteme ermöglichen. Ein besonders tragfähiges Beispiel ist der absolut neue Diakonieveransatz von Heinz Rüegger und Christoph Sigrist, der innerhalb unserer Rezensionen vorgestellt wird.

Wie kommt es zu dieser „Schweizer Ausgabe“?

Das Institut für Gerontologie und Ethik unterhält eine Kooperation mit dem Institut Neumünster in Zollikerberg bei Zürich, das von Anemone Eglin geleitet wird. Es gehört zur Stiftung Neumünster, die auf die Schweizerische Pflgerinnenschule zurückgeht. Die Stiftung ist die Trägerin verschiedener Einrichtungen von diakonischen Arbeitsfeldern. Das Institut selbst widmet sich den Schwerpunkten Bildung, Forschung und Entwicklung. Seit vielen Jahren werden in dieser dreifachen Perspektive Konzepte zum ethisch begründeten Umgang mit Menschen im Alter, zu ihrer Spiritualität und zu konkreten Hilfestellungen im diakonischen und pflegerischen Alltag entwickelt und gelehrt.

Die Kooperation zwischen beiden Instituten beruht – wie so oft – auf einer vertrauensvollen, inhaltlich wie persönlich bereichernden Zusammenarbeit

verschiedener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Beispielsweise nehmen wir von Deutschland aus regelmäßig an einem internationalen Arbeitskreis zur Religionsgerontologie teil, der von Dr. Heinz Rügger vom Institut Neumünster und Prof. Dr. Ralph Kunz von der Universität Zürich initiiert und geleitet und seitens des Instituts Neumünster auch von Anemone Eglin unterstützt wird. Umgekehrt haben Schweizer Kolleginnen und Kollegen unsere Nürnberger Vortragsabende und Lehrveranstaltungen mit unseren Studierenden mitgestaltet. Das internationale Gespräch – so zeigt sich immer wieder – stellt die Gemeinsamkeiten im Denken und Handeln, aber eben auch die Unterschiede vor Augen. An diesen Unterschieden ist zu lernen und das eigene Profil zu konturieren und damit letztlich auch zu stärken.

Mit den Beiträgen aus der Schweiz wollen wir unsere Leserinnen – mittlerweile international zusammengesetzt – an diesem Gespräch teilhaben lassen. Wir freuen uns, damit die internationale Ausrichtung des Institut und der Zeitschrift für Gerontologie und Ethik darstellen zu können.

Barbara Städtler-Mach

ZUR BEDEUTUNG GESELLSCHAFTLICHER EINSTELLUNGEN ZUM ALTER IM BLICK AUF ALTERSSUIZIDE.

Gerontologisch-ethische Überlegungen

Heinz Rüegger

Suizide¹, Suizidversuche, Suizidalität allgemein und als Reaktion darauf Suizidprävention sind ein bedeutendes sozialpolitisches Thema. Dabei ist festzustellen: Mit zunehmendem Alter steigen die Suizidraten an,² gleichzeitig stossen Alterssuizide in weiten Teilen der Bevölkerung auf verständnisvolle Toleranz³ und führen kaum zu verstärkten Bemühungen um entsprechende präventive Massnahmen⁴ oder zu kritischem Nachfragen, warum Suizide in höherem Alter so häufig seien und was das zu bedeuten habe.⁵

Die folgenden Überlegungen setzen hier ein und entfalten in gerontologisch-ethischer Perspektive die These, dass gesellschaftlich dominante Einstellungen

¹ Dieser Aufsatz geht zurück auf einen Vortrag, der am 26.10.12 im Rahmen des von Public Health Schweiz veranstalteten Forum Suizidprävention im Alter im Gottlieb Duttweiler-Institut in Rüschlikon gehalten wurde.

² Die Suizidraten (standardisiert pro 100'000 Einwohner) sind in der Schweiz für das Jahr 2011 bei den Männern: 1-14jährig: 0.3; 15-44jährig: 15.7; 45-64jährig: 26.5; 65-84jährig: 31.5; 85+jährig: 83.0, Total: 17.0; bei den Frauen: 1-14jährig: 0.2; 15-44jährig: 5.1; 45-64jährig: 10.1; 65-84jährig: 11.2; 85+jährig: 11.2, Total: 5.8 (Bundesamt für Statistik). Dabei sind begleitete Suizide noch gar nicht mit gezählt.

³ „Selbsttötung am Ende eines ‚verbrauchten‘ Lebens scheint vielen plausibler und akzeptabler zu sein als die Selbsttötung von jüngeren Menschen, deren Leben sich scheinbar eher zum Positiven ändern kann“ (Wenn das Altwerden zur Last wird, 2009, S. 3f.). Auch H. Wedler (2004b) verweist auf „Unterschiede in der ethischen Wertung des Suizids junger und alter Menschen. (...) Der Alterssuizid wird generell eher akzeptiert als der Suizid jüngerer Menschen. (...) Der Alterssuizid wird verständnisvoller betrachtet... Nicht selten wird er als ‚Erlösung‘ eines alten Menschen betrachtet. (...) Die grössere Toleranz gegenüber dem Alterssuizid findet sich in den meisten Gesellschaften und Zeitepochen. Alterssuizid war in bestimmten Gesellschaften (z.B. bei den Eskimos) sogar eine Art ethische Verpflichtung, um die Gesellschaft von der Last der Versorgung alter Menschen zu befreien“ (S. 43f.).

⁴ Das Bundesamt für Gesundheit hält in seinem Bericht über Suizid und Suizidprävention in der Schweiz (2005) lapidar fest: „Suizidpräventionsangebote für Menschen im höheren und hohen Alter fehlen“ (S. 37).

⁵ In neuester Zeit ausdrücklich auf diese Frage hingewiesen haben G. Harbauer und J. Minder (2013). Sie stellen fest, dass die Suizidrate bei Männern der Alterskategorie 85+ im Jahre 2010 fünfmal höher war als bei Adoleszenten, unter Einschluss der assistierten Suizide gar siebenmal höher (im Jahr 2008). „Dennoch nimmt das die Gesellschaft hin, ohne die gleichen kritischen Fragen zu stellen, mit denen die Suizidrate in der Adoleszenz diskutiert wird. Warum ist das so?“ (S. 15)

zum Alter einen wesentlichen Einfluss auf den Entschluss alter Menschen haben können, ihrem Leben selber ein Ende zu setzen.⁶ Angesichts unserer heutigen, paradoxerweise zwar auf Langlebigkeit ausgerichteten aber zugleich eher alters- bzw. hochaltrigkeitsunfreundlichen Kultur plädieren die nachstehenden Ausführungen für einen menschenfreundlicheren Umgang mit dem Phänomen Alter und mit hochaltrigen Menschen. Denn Gabriela Stoppe dürfte wohl Recht haben mit ihrem Hinweis: „Suizid betrifft alte Menschen überproportional. Es gibt keinen Beleg dafür, dass der Bilanzsuizid häufiger ist, wohl aber dafür, dass ein negatives ‚Bilanzieren‘ durch altersfeindliches gesellschaftliches Klima gefördert wird. (...) Es kann aber gelingen, über eine andere Kultur des Umgangs mit alten Menschen auch die Suizidraten zu verringern.“⁷

1. Das Phänomen (Alters-)Suizid

Angesichts ihrer Verbreitung ist Suizidalität ein ernstzunehmendes gesellschaftliches Problem. Das zeigt sich etwa am statistischen Befund, dass rund 10 % aller Schweizer im Laufe ihres Lebens einen oder mehrere Suizidversuche begehen und dass bei retrospektiven epidemiologischen Erhebungen jede zweite Person über Suizidgedanken berichtet.⁸ Was die Suizidstatistiken aussagen, ist jedoch nur das eine: die Zahl der vollendeten Suizide. Man geht davon aus, dass auf jeden Suizid noch 10–15 Suizidversuche kommen.⁹

In der Schweiz sind wie in den meisten westlichen Ländern die Suizidraten seit etwa 1980 insgesamt etwas rückläufig;¹⁰ sie nehmen aber mit dem Alter zu.¹¹

⁶ Public Health Schweiz weist in einem Positionspapier (2011, S. 5) zu Recht darauf hin, dass „der Einfluss handlungsleitender Vorstellungen bzw. Stereotype ... auf die Förderung bzw. Verringerung von Suizidalität vermehrt untersucht werden (sollte).“

⁷ G. Stoppe, 2011, S. 5.

⁸ Bundesamt für Gesundheit, 2005, S. 8+13.

⁹ Ebd., S. 37.

¹⁰ Nach den Angaben des Bundesamtes für Statistik belief sich die Zahl der Suizide in der Schweiz 1990 auf 1'467, 1995 auf 1'419, 2000 auf 1'378, 2005 auf 1'299, 2010 auf 1'004. Die letzte Ziffer versteht sich aber ohne assistierte Suizide, da diese seit 2009 statistisch separat erfasst werden. Rechnet man die assistierten Suizide aber dazu (im Jahr 2009 verzeichnete das BFS knapp 300 Fälle), ergibt sich eine Zahl von ungefähr 1'300 Suiziden für das Jahr 2010.

¹¹ V. Ajdacic-Gross et al., 2011, S. 8. Von den über 9'000 Suiziden jährlich in Deutschland betreffen mehr als 40 % die Altersgruppe 60+, deren Anteil an der Gesamtbevölkerung nur 25 Prozent beträgt (Wenn das Altwerden zur Last wird, 2009, S. 3).

Angesichts der demografischen Alterung der Gesellschaft ist deshalb davon auszugehen, dass in den nächsten Jahrzehnten mit einer deutlichen Zunahme der Suizide von betagten und hochbetagten Menschen gerechnet werden muss.¹² Dabei liegt das Verhältnis von Männern zu Frauen im Blick auf Alterssuizide derzeit bei bis zu 4:1.¹³ Allerdings ist festzustellen, dass die Frauen bei den assistierten Suiziden die Männer deutlich überwiegen.¹⁴

Suizide werden auf verschiedene Arten unterschieden. Einmal lassen sich im Blick auf den *Vollzug* allein durchgeführte von assistierten Suiziden unterscheiden. Letztere werden unter dem Stichwort der Suizidbeihilfe diskutiert und liegen in der Regel im Handlungsbereich spezialisierter Sterbehilfeorganisationen wie z.B. EXIT. In der Schweiz sind rund 20 % aller Suizide assistierte Suizide.¹⁵ Ihre Zahl nimmt kontinuierlich zu, und zwar vor allem bei der Altersgruppe 65+ und bei den Frauen.¹⁶

Sodann wird im Blick auf die *Motivation* zwischen ‚gewöhnlichen‘ Suiziden und sog. Bilanzsuiziden unterschieden. ‚Gewöhnliche‘ Suizide werden als eine Art ‚psychischer Unfall‘ verstanden, als Folge von Krisensituationen oder schweren chronischen Belastungen.¹⁷ Im Unterschied zu ihnen wird von ‚Bilanzsuiziden‘ gesprochen, wenn davon ausgegangen wird, dass ein Suizid wohlüberwogen, aus innerer Freiheit und als Konsequenz eines sorgfältigen Bilanzierens der vorfindlichen Lebenssituation vollzogen wird. Während Erstere als pathologisches Phänomen gewertet werden, gelten Letztere als Ausdruck eines durchaus gesunden, autonomen menschlichen Entscheides.¹⁸ Wieweit Suizide als freie, wohlüberwogene Bilanzsuizide angesehen werden können, ist umstritten. Philosophische Positionen und Vertreter von Sterbehilfeorganisati-

¹² Bundesamt für Gesundheit, 2005, S. 37. Es trifft deshalb einen zentralen Aspekt, wenn G. Fiedler et al., 2009, S. 3 sagen, der Suizid trage die Handschrift des Alters!

¹³ Ebd., S. 10; G. Stoppe, 2011, S. 2.

¹⁴ Bundesamt für Statistik, 2012, S. 1f., Grafik 2+4.

¹⁵ Für 2009 ging das Bundesamt für Statistik von etwa 1100 allein durchgeführten und knapp 300 assistierten Suizidfällen aus (2012, S. 1).

¹⁶ Ebd., Grafik 2+4. Allein die Sterbehilfeorganisationen EXIT Deutsche Schweiz und EXIT Suisse Romande geben in ihren Jahresberichten folgende Anzahl von durchgeführten Suizidbegleitungen an: 2010 = 257 (dt. CH) + 91 (frz. CH) = total 348; 2011 = 305 + 111 = 416; 2012 = 356 + 144 = 500.

¹⁷ V. Ajdacic-Gross et al., 2011, S. 5+16.

¹⁸ E. Ringel sprach in diesem Sinne schon 1953 von einem „gesunden Suizid.“

onen wie EXIT betonen in der Regel die Möglichkeit von wohl überlegten, autonom beschlossenen Bilanzsuiziden. Demgegenüber wird von psychiatrischer Seite stärker geltend gemacht, „dass autonome Sterbewünsche ein weitgehend theoretisches Konstrukt seien, während in Tat und Wahrheit hinter diesen in aller Regel der Wunsch nach Hilfe zum Weiterleben stehe“ und dass es deshalb nur „extrem selten Einzelfälle (gebe), in welchen Sterbewünsche wohlwogen sein könnten.“¹⁹ Gregor Harbauer und Jacqueline Minder halten im Blick auf die derzeit vorherrschende Lehrmeinung fest: „Suizidalität ist aus psychiatrischer Sicht in der Regel ein Symptom einer psychiatrischen Erkrankung, die behandelbar und auch behandlungsbedürftig ist. (...) Heute geht man davon aus, dass die meisten Suizidhandlungen in einem dissoziativen Zustand vollzogen werden und nicht bei klarem Bewusstsein mit dem vollumfänglich verfügbaren kognitiven und emotionalen Abwägungs- und Entscheidungsvermögen.“²⁰ Die beiden Autoren nehmen an, dass nur etwa 10 % aller Suizide wohlwogene, autonom beschlossene Bilanzsuizide seien.²¹ Das würde umgekehrt bedeuten, dass rund 90 % der Suizide gerade im höheren Lebensalter in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung stehen.²² Diese Ziffer scheint mir zu hoch zu sein wenn man bedenkt, dass in der Schweiz allein die durch Sterbehilfeorganisationen betreuten Fälle von assistierten Suiziden, bei denen vorgängig abgeklärt wird, ob es sich wirklich um einen autonomen, wohlwogenen und andauernden Sterbewunsch handelt, rund 20 % aller Suizide ausmachen.

¹⁹ G. Bosshard, 2005, S. 197.

²⁰ G. Harbauer und J. Minder, 2013, S. 15+17; vgl. zum Stand der Suizidforschung grundsätzlich D. Hell, 2006.

²¹ G. Harbauer und J. Minder, 2013, S. 16.

²² So etwa das Bundesamt für Gesundheit, 2005, S. 17, oder Public Health Schweiz, 2011, S. 2. Nach G. Stoppe, 2012, S. 1415 sind „entgegen vielen Erwartungen Suizide auch im höheren Lebensalter selten Bilanzsuizide. Vielmehr hängen sie sehr häufig mit schwierigen Lebenssituationen und nicht beziehungsweise ungenügend behandelten Depressionen zusammen.“

2. Gerontologisch-ethische Fokussierung

Aus ethischer Sicht stellt sich bei Alterssuiziden grundlegend die Frage, ob sie Ausdruck einer freien, autonomen Entscheidung des Suizidenten sind oder Folge einer nicht adäquat behandelten psychischen Erkrankung oder eines gesellschaftlichen Drucks von aussen, ohne die die Suizidabsicht gar nicht existieren würde. Im ersten Fall ist die Absicht eines Individuums, sein Leben selber zu beenden, im Sinne des *Autonomie-Prinzips* moralisch und rechtlich grundsätzlich zu respektieren. Der Staat hat die persönliche Freiheit jedes Bürgers und jeder Bürgerin zu gewährleisten, und diese Freiheit schliesst das Recht ein, sich gegebenenfalls das Leben zu nehmen, wenn einem der Tod willkommener erscheint als das Weiterleben.²³ Dieser Anspruch auf Autonomie ergibt sich aus der Würde jedes Menschen.

Ebenso ergibt sich aus dem Würde-Anspruch aber die Verpflichtung, in Notsituationen das Leben einer Person zu schützen und ihr die lebensnotwendige Hilfe zukommen zu lassen. Diese Verpflichtung zum Lebensschutz bezieht sich auch auf Situationen, in denen ein Individuum in Gefahr steht, sich selber aufgrund eigener Urteilsunfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit oder aufgrund von äusserem Druck Schaden zuzufügen. Dann muss es vor sich selber geschützt werden. In solchen Fällen stellt sich im Sinne des *Fürsorgeprinzips*²⁴ die moralische Aufgabe, durch geeignete präventive bzw. therapeutische Massnahmen einen Suizid zu verhindern.²⁵

²³ V. Ajdacic-Gross et al. (2011) schreiben: „Der Staat hat die Verpflichtung, das Recht einer Person zu achten und zu schützen, sich aus freiem Willen zu töten. Er hat keine Berechtigung, diese Handlung zu verhindern“ (S. 12). Hierin liegt eine Schranke für alle staatliche Suizidprävention.

²⁴ Das Fürsorgeprinzip ist hier in seiner zweifachen Form als Nonmalefizenzprinzip („nicht schaden“) und als Benefizienzprinzip („Gutes tun“) verstanden.

²⁵ Allerdings ist die Verpflichtung zur Fürsorge nicht einfach der ethische Gegensatz zum Respekt vor der Selbstbestimmung eines Individuums. Sie kommt auch nicht erst dort ins Spiel, wo es darum geht, einen nicht aus autonomer Freiheit intendierten Suizid zu verhindern. Auch der Fall eines autonomen Bilanzsuizids setzt in der Regel ärztliche oder anderweitige betreuende Fürsorge voraus. „Erst diese Fürsorge eröffnet Optionen in Gestalt möglicher medizinischer Behandlungen und Massnahmen, über die der Patient selbst bestimmen kann. Weiterhin gehört es zur ärztlichen Fürsorge, dem Patienten dabei zu helfen, die möglichen medizinischen Optionen mit seinem eigenen Lebenskonzept in Verbindung zu bringen und verbleibende Lebensperspektiven auszuloten. ‚Selbst‘-Bestimmung setzt voraus, dass der Patient mögliche Optionen mit seinem Selbst in Zusammenhang bringen und in dieses integrieren kann. Schliesslich ist wirkliche Selbstbestimmung nur möglich, wenn der Patient Entscheidungen nicht unter dem Druck von

Zwischen der Achtung der Selbstbestimmung Suizidwilliger einerseits und der Hilfeleistungspflicht ihnen gegenüber besteht eine Spannung, die nicht vor-schnell aufgelöst werden kann und soll.²⁶ An ihr wird vielmehr ersichtlich, wie wichtig es in ethischer wie praktischer Hinsicht ist, zwischen Bilanzsuiziden (häufig in Form von assistierten Suiziden) und ‚normalen‘ Suiziden aus krankheitsbedingten oder durch äusseren Druck verursachten Motiven zu unterscheiden. Suizidprävention muss den Fokus auf diese zweite Kategorie von Suiziden legen.²⁷

Nun muss allerdings zu denken geben, dass trotz dem Ansteigen der Suizidraten im höheren Lebensalter weder im Blick auf praktische Präventionskonzepte noch im Blick auf ethische Überlegungen Alterssuizidalität zu einem zentralen Thema geworden ist. Die Feststellung von Norbert Erlemeier dürfte immer noch weitgehend gültig sein: „Bezogen auf die Gruppe der *alten Menschen* sind unseres Wissens spezielle ethische Überlegungen hinsichtlich der Euthanasie und der Beihilfe zum Suizid bisher nicht angestellt worden. (...) Ist der Suizid im Alter ein ‚ethischer Sonderfall‘? Sind Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe im Alter toleranter und nachsichtiger zu behandeln als in jüngeren Altersgruppen? Die Antwort muss ein klares *Nein* sein, will man nicht einer falschen Gerontophilie und ‚Alterstoleranz‘, die als verdeckter Ageism zu entlarven sind, Raum geben. Bei alten Menschen sind nicht nur dieselben strengen Massstäbe an ärztliche Interventionen im Übergangsfeld vom Leben zum Tode anzulegen, sondern wie in anderen Altersgruppen auch *präventive und therapeutische Anstrengungen* zu unternehmen, Hilfen anzubieten und Massnahmen zu

Angst, Panik oder Verzweiflung trifft. Auch diesbezüglich kann Selbstbestimmung auf Fürsorge angewiesen sein“ (Nationale Ethikkommission NEK, 2005, S. 50).

²⁶ Ebd., S. 48.

²⁷ Folgende von der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2006) zur Rechtfertigung von Suizidbeihilfe formulierten Kriterien können meines Erachtens generell dazu dienen, autonome Bilanzsuizide von ‚normalen‘ Suiziden zu unterscheiden: ▪ der oder die Suizidwillige muss urteilsfähig sein; ▪ der Suizidwunsch darf nicht Symptom oder Ausdruck einer behandelbaren psychischen Erkrankung sein; ▪ er muss dauerhaft und konstant sein, darf also nicht aus einem spontanen Affekt oder einer vorübergehenden Krise entstanden sein; ▪ die Suizidabsicht muss ferner frei von äusserem Druck zustande gekommen sein; ▪ sie muss Folge eines schweren Leidens sein und ▪ alle möglich erscheinenden Optionen der Leidensminderung müssen erwogen und - soweit von der suizidwilligen Person akzeptiert - ausgeschöpft sein.

ergreifen, um alten Menschen den Suizid als letzten Ausweg aus einer desolaten und hoffnungslos wahrgenommenen Lebenssituation zu ersparen.“²⁸

Was mögliche Massnahmen zur Verhütung von Alterssuiziden betrifft, so spielen hier natürlich grundsätzlich einmal dieselben Gesichtspunkte eine Rolle, die im Blick auf Suizidprävention generell immer wieder thematisiert werden und die sich im sog. 5-Säulen-Modell²⁹ zusammenfassen lassen:

1. Methodenspezifische Prävention durch Einschränkung der Verfügbarkeit suizidaler Mittel (z.B. potenziell letale Medikamente, Hotspots, Schusswaffen),
2. Spezifische Prävention bei Zielgruppen mit erhöhtem Suizidrisiko (z.B. Menschen mit früheren Suizidversuchen oder mit schweren chronischen Erkrankungen oder nach Partnerverlust oder nach Verlassen einer psychiatrischen Klinik),
3. Prävention von Imitationshandlungen (z.B. durch zurückhaltende Medienberichterstattung über Suizide),
4. Einbindung von Multiplikatoren (z.B. Aus- und Weiterbildung von Ärzten, Pflegenden, Pfarrern oder Polizei)
5. Angebote von Hilfe in Krisensituationen (z.B. Telefonseelsorge „Dargebotene Hand“ oder niederschwellige Angebote von Kriseninterventionszentren), wobei allerdings realistischerweise zu bedenken ist, „dass alte Menschen in psychischen Notlagen selten einen Krisendienst oder eine psychotherapeutische Praxis aufsuchen, obwohl der Bedarf nachweislich vorhanden ist.“³⁰

Dabei wird leicht übersehen, worauf die Alterspsychiaterin Gabriela Stoppe hinweist, dass nämlich im Blick auf Alterssuizide „gesellschaftliche und kulturelle Faktoren ... eine wahrscheinlich bis heute unterschätzte Rolle (spielen).

²⁸ N. Erlemeier, 2002, S. 163. Nicht nur im Blick auf spezifisch ethische Fragestellungen, sondern ganz generell in Bezug auf Alterssuizid halten G. Fiedler et al., 2009, S. 3 fest: „Trotz der sehr deutlichen Zahlen erlangten der Suizid und die Suizidprävention im höheren Lebensalter nur eine geringe öffentliche und professionelle Aufmerksamkeit.“

²⁹ V. Ajdacic-Gross et al., 2011, S. 5+23-25.

³⁰ Arbeitsgruppe Alte Menschen, 2005, S. 124. Auch N. Erlemeier, 2002, S. 277 betont die „Diskrepanz zwischen erhöhter Suizidgefährdung im Alter und unterdurchschnittlicher Inanspruchnahme ambulanter Krisendienste durch alte Menschen.“

So wird zunehmend der Lebenswert alter Menschen vor dem Hintergrund als begrenzt erlebter beziehungsweise kommunizierter Ressourcen in Frage gestellt,³¹ vor allem wenn das Leben von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit geprägt ist. So hat denn auch die Nationale Ethikkommission gefordert, der Suizidprävention künftig gerade im Blick auf alte Menschen grosse Aufmerksamkeit zu schenken angesichts von gesellschaftlich-demografischen Entwicklungen, die das Risiko bergen, hochbetagte, auf Unterstützung angewiesene Menschen zum Beispiel vor Annahme eines organisierten Angebotes der Suizidbeihilfe zu veranlassen, um so anderen (z.B. der Familie) finanziell und im Sinn der pflegerischen Abhängigkeit nicht zur Last zu fallen. Solcher von der öffentlichen Meinung – wie subtil auch immer – erzeugte Druck in Richtung „sozialverträgliches Frühableben“³² kann nach Meinung der Nationalen Ethikkommission durchaus zu Suizidwünschen führen. „Pflegebedürftige Menschen sind diesem Risiko besonders stark ausgesetzt. Ihre Freiheit und Selbstbestimmung könnte durch den empfundenen Druck auf der einen Seite und durch das nahe gebrachte Angebot für eine gesellschaftlich akzeptierte ‚Sterbebegleitung‘ andererseits gefährdet sein.“³³

Wie sehr gesellschaftlich-kulturelle Vorstellungen bzw. Stereotypen im Blick auf das Alter und auf alte Menschen Suizide begünstigen können, wie wichtig deshalb auch eine kritische Auseinandersetzung damit unter dem Gesichtspunkt der Alterssuizidprävention ist, möchte ich kurz an dem gängigen Verständnis der Phänomene ‚Alter‘, ‚Würde‘ und ‚Autonomie‘ skizzieren.

³¹ G. Stoppe, 2011, S. 3.

³² Dieser von Karsten Vilmar, dem früheren Präsidenten der deutschen Ärztekammer, in durchaus kritischer Absicht geprägte Begriff wurde in Deutschland zum Unwort des Jahres 1998 erklärt.

³³ Nationale Ethikkommission, 2005, S. 76.

3. Negativ-Stereotypisierungen des Alters

Dass wir eine Entwicklung zu immer ausgeprägterer Langlebigkeit³⁴ haben, ist als zivilisatorische Errungenschaft ersten Grades zu bewerten. Sie ist kein Produkt der Natur, sondern ein der Natur abgerungener Erfolg unserer Kultur. Weltweit wird intensiv an der weiteren Ausdehnung der menschlichen Lebensspanne geforscht.

Angesichts dieser erweiterten Lebensspanne hat es sich eingebürgert, die Lebensphase des Alters in zwei Abschnitte zu unterteilen: in das junge Alter (3. Lebensalter) so zwischen 60 und 80 Jahren und in das hohe Alter (4. Lebensalter) ab 80 Jahren. Diese beiden Lebensalter haben in vielfacher Hinsicht ein sehr unterschiedliches Gepräge. Als ‚richtig alt‘ gilt man heute erst, wenn man die Phase des 4. Lebensalters mit seiner erhöhten Fragilität und Unterstützungsbedürftigkeit erreicht hat. Während das 3. Lebensalter des meist gesunden, aktiven, materiell abgesicherten Alters heute durchaus als erstrebenswerte biografische Phase gilt, sind die Vorstellungen, die mit dem hohen Alter verbunden sind, meist negativ.³⁵ Daraus ergibt sich die widersprüchliche Situation, dass alle lang leben, aber möglichst nicht alt werden wollen.³⁶ In entwaffnend-naiver Offenheit bekennt etwa die Schriftstellerin Monika Maron: „Natürlich will ich, was alle wollen: Ich will lange leben; und natürlich will ich nicht, was alle nicht wollen: Ich will nicht alt werden. (...) Ich würde (...) auf das Alter

³⁴ Diese Entwicklung spiegelt sich etwa in folgenden Zahlen (Quelle: Bundesamt für Statistik): Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt lag in der Schweiz für Männer im Jahr 1900 bei 46,2 Jahren, 1981 bei 72,4 und 2011 bei 80,3 Jahren. Für Frauen lag sie im Jahr 1900 bei 48,9 Jahren, 1981 bei 79,2 und 2011 bei 84,7 Jahren. Das bedeutet eine Steigerung um gut 30 Jahre in einem Jahrhundert! Besonders stark wächst die Altersgruppe 100+, zu der 2011 24'431 Personen zählten, darunter 20mal mehr Frauen als Männer. Damit hat die Schweiz prozentual zur Wohnbevölkerung mehr 100- und -mehr-Jährige als jedes andere Land in Europa und steht diesbezüglich im weltweiten Vergleich hinter Japan an zweiter Stelle.

³⁵ E. Schmitt, 2012, S. 233 weist zwar darauf hin, dass „neuere Untersuchungen die These einer allgemein altenfeindlichen Gesellschaft nicht stützen (können).“ Das trifft im Blick auf die Gesamtspanne des Alters (3. und 4. Lebensphase) möglicherweise durchaus zu, dürfte aber kaum etwas daran ändern, dass die Vorstellungen im Blick auf das hohe Alter (die 4. Lebensphase), das gerade für das Thema Alterssuizid bestimmend ist, auf weite Strecken negativ geprägt sind.

³⁶ Zur kritischen Auseinandersetzung mit dieser Haltung vgl. den von G. Maio 2011 herausgegebenen Band mit dem bezeichnenden Titel: „Altwerden ohne alt zu sein?“

lieber verzichten. Einmal bis fünfundvierzig und ab dann pendeln zwischen Mitte Dreissig ... und Mitte Vierzig, bis die Jahre abgelaufen sind.“³⁷

Bezeichnend dafür ist eine breite Strömung des sog. *Anti-Aging*, die gegen den Alterungsprozess ankämpft und – mindestens in ihren radikalen Vertretern – mit viel wissenschaftlichem Aufwand und geschickten Marktstrategien „den Krieg gegen das Altern“ ausgerufen hat, um diesen „unseren ältesten Feind, das Altern“ zu besiegen und uns „den Weg in eine alterungslose Zukunft“ zu eb-
nen.³⁸ Parallel dazu hat sich ein Juvenilitätskult entwickelt, der den jungen erwachsenen Menschen zum Massstab gelingenden, erstrebenswerten Menschseins schlechthin macht. Altsein kann demgegenüber nur noch als defi-
zitäre Schwundstufe des Menschseins erscheinen,³⁹ die nach Möglichkeit zu vermeiden ist. Der Medizinethiker Giovanni Maio glaubt gar, in der Verhinde-
rung des Alters das „Credo unserer Zeit“ erkennen zu können: „Das Alter soll vermieden werden. Es soll nicht bewältigt oder gemeistert oder gefüllt, son-
dern vermieden werden.“⁴⁰

Zeichnet schon der Blick auf die mit Hochaltrigkeit oft einher gehenden indi-
viduellen Erfahrungen von Verlusten und Beschwerden ein dunkles Bild des
Alters, so wird dieses durch die Diskussion über die demografische Entwick-
lung der Gesellschaft (Stichwort: ‚Überalterung‘) noch kräftig akzentuiert. Die
stets grösser werdende Gruppe der Alten erscheint als eine immer schwerer zu
tragende Last auf den Schultern der immer kleiner werdenden Gruppe der
Jungen. Dieses Negativbild des Alters haben viele ältere Menschen längst inter-
nalisiert.⁴¹ Selbst mündig-kritische Geister wie die Schriftstellerin Laure Wyss
sind davor nicht gefeit. Sie meint: „Es ist ja kein Schleck, heute zum Kontin-

³⁷ M. Maron, 2002, S. 22+26.

³⁸ So A. de Grey und M. Rae, 2010, S. 325+7+371.

³⁹ R. Guardini hat auf diese Problematik schon vor sechzig Jahren aufmerksam gemacht: „Es gehört zu den fragwürdigsten Erscheinungen unserer Zeit, dass sie wertvolles Leben einfachhin mit Jungsein gleichsetzt. (...) Das Altsein kommt nur in Einschränkungen zum Ausdruck – darin, dass es weniger leistungsfähig, weniger elastisch ist usf. Im Grunde ist danach der alte Mensch nur ein verminderter junger“ (2008, S. 55+59).

⁴⁰ G. Maio, 2011, S. 11. Ähnlich urteilt der Soziologe R. Gronemeyer, 2013, S. 215: „Alter ist immer weniger ein existenzielles Geschehen, sondern wird immer mehr zum vermeidbaren Übel erklärt.“

⁴¹ B. Levy (2012), eine in Yale lehrende Epidemiologin und Psychologin, hat gezeigt, wie Altersstereotypen durchaus unbewusst auf alte Menschen wirken, sie beeinflussen und negative Effekte auf ihre Gesundheit ausüben.

gent jener zu gehören, die immer zahlreicher und immer dringlicher zur Belastung der aktiven Bevölkerung werden. Wir Alten sind eine Last, eine Bedrohung. Das ganze Land, der Ort, wo wir wohnen, viele in unserer Umgebung suchen nach Lösungen, wie man mit uns fertig wird, wo uns unterbringen, pflegen, ernähren, wie uns ertragen punkto Kosten und auch psychisch. Es ist sicher für niemanden erheiternd, sich mit uns zu beschäftigen, mit uns, die wir nichts mehr einbringen und ganz ohne Zukunft sind. Für uns aber auch kein Schleck, in diese Bevölkerungsschicht hineingestossen zu werden; und selber zu realisieren, dass es so ist. Und wir, die Alten, haben selber kaum gute Einfälle, wie die Gesellschaft mit dieser Last umgehen könnte und sollte.“⁴²

Solche Alters-Stereotypen sind Ausdruck einer generellen gesellschaftlichen Abwertung des Alters, die als *Ageismus* bezeichnet wird.⁴³ Sie erklären das Alter zu einem individuellen und die Alten zu einem gesellschaftlichen Problem, das in beiderlei Hinsicht am einfachsten gelöst werden kann, indem man rechtzeitig verhindert, dass es sich überhaupt entwickelt – womit am Horizont wieder das Stichwort vom „sozialverträglichen Frühableben“ aufleuchtet, das zwar indirekt-diskret, aber nicht unwirksam das aus der Suizidforschung bekannte ‚altruistische Motiv‘ ins Spiel bringt, das eigene Ableben selbstverantwortlich zu inszenieren, bevor man anderen über Gebühr zur Last fällt.⁴⁴

Der Suizidforscher Hans Wedler hat schon vor Jahren darauf hingewiesen, dass Alter in der heute gegebenen gesellschaftlich-demografischen Gestalt und in der heute weit verbreiteten abwertenden Beurteilung ein Produkt unserer Zeit ist und entsprechende Folgen nach sich zieht: „Der entgegen allen Trends

⁴² L. Wyss, 2000, S. 11f.

⁴³ Der Psychoanalytiker J. Hillmann, 2001, S. 52 stellt lapidar fest: „Je länger wir leben, desto weniger sind wir wert.“ In ähnlichem Sinne weist S. Schaller, 2009, S. 50 im Rahmen ihres multimodalen Erklärungsmodells für Suizid im Alter darauf hin, dass „die Diskussion des ‚Lebenswerts‘ alter Menschen vor dem Hintergrund zunehmend eingeschränkter Ressourcen und eines negativ getönten Defizitmodells des Alters ein weitgehend suizidförderndes Klima für alte Menschen (schafft).“

⁴⁴ Nach G. Stoppe, 2011, S. 3 nennen etwa 20 % derer, die Suizidbeihilfe beanspruchen, als Motiv „ein altruistisches Abtreten im Sinne eines Opfers für die jüngere Generation.“

anwachsende Alterssuizid ist auch eine Antwort darauf – mit den Merkmalen der Verweigerung, der Resignation und der Verzweiflung.⁴⁵

Ein weiterer Aspekt darf hier nicht übersehen werden. Angesichts der von der Gerontologie stark betonten Plastizität des Alters, seiner Beeinflussbarkeit also, wurde das Alter zunehmend von einem verhängten Schicksal zu einem zu gestaltenden ‚Machsal‘ (O. Marquard). Eine interdisziplinäre gerontologische Forschung entwickelte sich unter der übergreifenden Fragestellung, wie es – vor allem im Blick auf das junge Alter – zu einem „successful aging“ kommen könne. Damit wurde der Prozess des Alterns normativ aufgeladen und ein Stück weit in die Eigenverantwortung jedes Einzelnen gestellt. Es war kaum zu vermeiden, dass psychologisch, philosophisch und theologisch sehr oberflächliche, stark utilitaristisch geprägte Kriterien erfolgreichen Alterns den entsprechenden Diskurs mit bestimmten. Ein Beispiel dafür ist die Aussage von Paul B. Baltes, immerhin eines der international bedeutendsten Gerontologen des letzten Jahrhunderts: „Erfolg im Alter bedeutet, möglichst viel von dem zu erreichen, was man anstrebt, und möglichst wenig von dem zu erleiden, was im Alter als Negatives und Unerwünschtes auf uns zukommt.“⁴⁶ Solche Vorstellungen erzeugen fragwürdigen Druck auf alte Menschen, die ihr Alter in Krankheit, mit Gebrechen und Behinderungen erleiden und ertragen müssen. Sie drängen sie in die Verzweiflung, weil sie vorgeben, diese Menschen hätten alle Möglichkeiten verspielt, ein gutes, wertvolles Leben im Alter zu führen.⁴⁷ R. Gronemeyers Kritik ist nicht von der Hand zu weisen, dass „das Bild vom erfolgreich Alternenden (...) dazu führen muss, dass Pflegebedürftigkeit zum Inbegriff des Altersschreckens wird. Je länger die Alten sich erfolgreich am Riemen reissen, je verbissener sie den Rüstigkeitswettbewerb durchhalten, desto furchtbarer ist der Sturz in die Hinfalligkeit.“⁴⁸ Dass die damit untergründig geschürte Angst vor dem im hohen Alter eventuell drohenden Sturz in die

⁴⁵ H. Wedler, 2001, S. 1. Darauf, dass solche negativen Altersstereotypen als Form der Stigmatisierung alter Menschen tendenziell suizidfördernd sind, macht auch das Positionspapier von Public Health Schweiz, 2011, S. 3+4 aufmerksam.

⁴⁶ P. B. Baltes, 1996, S. 62.

⁴⁷ G. Maio, 2011, S. 17f.

⁴⁸ R. Gronemeyer, 1989, S. 116. Zu ideologiekritischen Rückfragen an das Konzept erfolgreichen Alterns vgl. H. Rügger, 2007, S. 157–159, und ders., 2009, 69–73.

Hinfälligkeit sich suizidfördernd auswirkt, macht das Bekenntnis der Literatur-Nobelpreisträgerin Elfriede Jelinek deutlich: „Mir ist eine panische Angst vor dem Alter geblieben. Ich denke, man sollte sich rechtzeitig umbringen.“⁴⁹

4. Entwürdigung im Alter

Nach G. Stoppe ist ein befürchteter Verlust der eigenen Würde ein häufiges Motiv, das alte Menschen veranlasst, einen assistierten Suizid zu begehen.⁵⁰ Nun ist kaum zu bestreiten, dass das Bewusstsein, Würde zu haben und würdig behandelt zu werden, für Menschen von zentraler Bedeutung ist. Die Menschenwürde gilt denn auch als höchster ethischer Wert und ihre Anerkennung als fundamentales regulatives Prinzip jeder ethischen Reflexion.⁵¹ Als solche ist sie auch den meisten Verfassungen moderner Rechtsstaaten vorangestellt und als unhintergebar Referenzpunkt allen positiven Rechts festgehalten.⁵² Inhaltlich kann Menschenwürde als vierfacher Anspruch ▪ auf Schutz der Integrität von Leib und Leben, ▪ auf Selbstbestimmung (Autonomie), ▪ auf grundlegende Rechte (Menschenrechte) sowie ▪ auf elementaren Respekt vor der eigenen Person beschrieben werden.⁵³ Dieser grundlegende vierfache Anspruch ist *normativ*, also von keinen empirischen Gegebenheiten abhängig, *unbedingt*, also an keine vorauszusetzenden Bedingungen geknüpft, *egalitär*, also allen Menschen gleichermaßen eigen, und *unantastbar*, also unverlierbar und auch dann noch als Anspruch gegeben, wenn er von anderen nicht respektiert, ja mit Füßen getreten wird.

Neben der heute fast selbstverständlich erfolgenden Absolutsetzung der Würde als grundlegendem Wertaxiom jedes humanen Miteinanders hat sich nun aller-

⁴⁹ Zit. in H. Wedler, 2004a, S. 23.

⁵⁰ G. Stoppe, 2011, S. 3.

⁵¹ Vgl. dazu die Präzisierung von N. Knoepffler, 2004, 14: „Die Funktion des Menschenwürdeprinzips kann nicht darin bestehen, konkrete Handlungsanweisungen vorzugeben, sondern darin, das Fundament verschiedener Einzelbestimmungen empirischer und normativer Art abzugeben und so als Regulativ für die ethische Reflexion zu dienen. Entscheidungen sollten vor dem Hintergrund dieses Prinzips geschehen, das aber nicht für die konkrete Handlungsebene direkt relevant sein muss.“

⁵² So etwa in Art. 1 des deutschen Grundgesetzes: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“; oder in Art. 7 der schweizerischen Bundesverfassung: „Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.“

⁵³ W. Härle, 2010, S. 17 formuliert elementar: „Menschenwürde ist ein Anspruch auf Achtung.“

dings – weitgehend unreflektiert – eine gegenläufige Entwicklung eingestellt, die den normativen Gehalt des Menschenwürde-Konzeptes zunehmend relativiert und in entscheidenden Punkten aushöhlt.⁵⁴ Das kommt besonders deutlich in Zusammenhang mit Demenz zum Ausdruck. So etwa, wenn der Gerontologe Paul B. Baltes in einem Aufsatz darlegt, inwiefern das hohe Alter „mehr Bürde als Würde“ darstellt. Er argumentiert dahingehend, Demenzen würden „den schleichenden Verlust vieler Grundeigenschaften des Homo sapiens (bedeuten) wie etwa Intentionalität, Selbstständigkeit, Identität und soziale Eingebundenheit – *Eigenschaften*, die wesentlich die menschliche Würde bestimmen und es dem Individuum ermöglichen, seine ‚Menschenrechte‘ autonom auszuüben.“ Angesichts der irreversiblen Verlustprozesse des von Demenz betroffenen hohen Alters stellt sich nach Baltes „eine neue und beängstigende Herausforderung: die Erhaltung der menschlichen Würde in den späten Jahren des Lebens.“⁵⁵ Hier wird die Würde hochbetagter Menschen an kognitive Fähigkeiten gebunden und ganz generell an Eigenschaften, die für das Leben des *homo sapiens* kennzeichnend sind, bei hohem Alter aber verloren gehen können.⁵⁶

Hier liegt ein Würdeverständnis vor, das *empirisch* fundiert, also von irgendwelchen Gegebenheiten abhängig ist, das nur *bedingt* gilt, weil es von Bedingungen abhängig ist (Fähigkeiten, Eigenschaften, Lebensqualität oder was auch immer), das *elitär* ist, weil die so verstandene Würde nur gewissen Menschen zukommt, und das davon ausgeht, dass die menschliche Würde *antastbar* ist und verloren gehen kann. Wenn nicht alles täuscht, hat sich dieses Verständnis von Würde heute in weiten Teilen der Bevölkerung durchgesetzt und kann als *politically correct* gelten.

Es liegt auf der Hand: Ein solches Würdeverständnis lässt gerade die schwächsten Glieder der Gesellschaft, zu denen hochbetagte, multimorbide, stark auf Pflege und Betreuung angewiesene Menschen zählen, leicht aus dem Schutz-

⁵⁴ Darauf hat insbesondere E. Picker (2002) hingewiesen.

⁵⁵ P. B. Baltes, 2003, S. 17.

⁵⁶ Ähnlich denkt der Psychogerontologe P. G. Coleman, 2010, S. 256, demzufolge demenzielle Verluste „ein normales und annehmbares Mass überschreiten und so die menschliche Würde ... in Frage stellen“ können.

raum der Menschenwürde und der auf ihr basierenden Menschenrechte fallen. Und es drängt alte Menschen tendenziell dazu, ihr Leben rechtzeitig zu beenden, um ihre noch vorhandene Würde zu schützen und einem drohenden Prozess der Entwürdigung zuvorzukommen. So wird etwa in einem zuhänden des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements erarbeiteten Expertenbericht von 1999 zum Thema Sterbehilfe davon gesprochen, dass aktive Sterbehilfe als Beitrag zum Schutz der Menschenwürde verstanden werden könne.⁵⁷ Wie sehr diese Vorstellung das Empfinden einer breiten Öffentlichkeit widerspiegelt, ging aus der enormen medialen Reaktion auf den Suizid des bekannten, zum internationalen Jet Set gehörenden Gunter Sachs hervor, der in seinem Abschiedsbrief erklärte, er sei wohl „an der ausweglosen Krankheit A.“ erkrankt (gemeint war offenbar Alzheimer) und daraus den Schluss zog: „Der Verlust der geistigen Kontrolle über mein Leben wäre ein würdeloser Zustand, dem ich mich entschlossen habe, entschieden entgegenzutreten.“⁵⁸

5. Autonomie-Verlust

Damit ist bereits ein weiteres zentrales Motiv angesprochen, das Alterssuizide begünstigt: die Angst vor dem Verlust der Selbstbestimmung und der Kontrolle über das eigene Leben.⁵⁹ Selbstbestimmung bzw. Autonomie haben in der Werteskala heutiger Menschen einen ganz hohen Stellenwert und machen für viele den Kerngehalt von Menschenwürde und Lebensqualität aus. Nach der Einschätzung des amerikanischen Medizinethikers Daniel Callahan hat das Streben nach Autonomie „in den letzten Jahren fast die Qualität einer Besessenheit angenommen.“⁶⁰ Für manche Zeitgenossen gilt der Verlust an Autonomie – verstanden nicht nur als Selbstbestimmung, sondern auch als Selbstständigkeit, als Fähigkeit, das eigene Leben ohne fremde Hilfe zu führen – als

⁵⁷ Vgl. hierzu H. Rügger, 2004, S. 14.

⁵⁸ So nach BILD.de (URL: <http://www.bild.de/unterhaltung/leute/gunter-sachs/freitod-ausweglose-krankheit-abschiedsbrief-17796626.bild.html>).

⁵⁹ Autonomieverlust und Verlust der Kontrolle über Körperfunktionen gehörten laut Untersuchungen im US-Bundesstaat Oregon zu den Hauptgründen für die Inanspruchnahme ärztlicher Suizidbeihilfe (H. Wedler, 2004b, S. 44). Dies trifft auch für europäische Verhältnisse zu (Wenn das Altwerden zur Last wird, 2009, S. 14).

⁶⁰ D. Callahan, 1998, S. 18.

entwürdigend.⁶¹ Gemäss einer 2007 durchgeführten repräsentativen Umfrage der Gesellschaft für Konsumforschung in Nürnberg erwägen ein Drittel aller Deutschen, sich im Falle eigener Pflegebedürftigkeit das Leben zu nehmen, um nicht auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein.⁶²

Von diesem Bedürfnis nach Selbstbestimmung ist auch das Sterben nicht ausgenommen. Der Ruf nach einem ‚selbstbestimmten Sterben‘, bei dem der oder die Sterbende entscheidet, wann, wie und wo er oder sie sein bzw. ihr Leben beendet, ist weit verbreitet. Selbstbestimmtes Sterben gilt nicht selten als Voraussetzung für ein ‚Sterben in Würde‘.⁶³ In den USA gibt es entsprechend seit längerer Zeit eine eigentliche *death control* Bewegung,⁶⁴ die sich für das Recht von Sterbewilligen auf Sterbehilfe einsetzt.⁶⁵

Nun ist gegen das Recht eines Menschen, wie über medizinische Behandlung generell, so auch über den Einsatz oder den Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen – und damit mittelbar auch über sein Sterben – zu entscheiden, gewiss nichts einzuwenden. Das ethische Prinzip der Patientenautonomie als grundlegendes Paradigma für medizinische Entscheidungen soll nicht in Frage gestellt werden. Auch am Recht, in einer als ausweglos und unerträglich empfundenen Situation im Sinne einer *ultima ratio* einen assistierten Suizid zu begehen, soll nicht gerüttelt werden. Es muss jedoch die Vorstellung kritisch hinterfragt werden, dass nur ein ‚selbstbestimmter‘, durch menschliche Verfü-

⁶¹ Klassisch kommt dies in einer Aussage von Janet Good zum Ausdruck: „Pain is not the main reason we want to die. It's the indignity. It's the inability to get out of bed or get onto the toilet, let alone drive a car or go shopping without another's help“ (zit. in J. Gentzler, 2003, 467). Aus psychiatrischer Sicht weist D. Hell, 2006, S. 87 darauf hin, dass sich „ein Teil der Suizidhandlungen als Versuch verstehen lässt, ein bedrohtes Selbstwertgefühl durch eine autonome Tat zu retten oder einen beschämenden antizipierten Untergang durch entschlossenes Handeln zu vermeiden.“

⁶² M. de Ridder, 2010, S. 92.

⁶³ Klassisch kommt dies in dem Diktum des amerikanischen Ethikers J. Fletcher zum Ausdruck: „Death control, like birth control, is a matter of human dignity. Without it persons become puppets“ (1969, S. 69).

⁶⁴ B. J. Logue (1993).

⁶⁵ D. Callahan, 1998, S. 43 schreibt: „Während der Tod seiner kollektiven Bedeutung beraubt wurde, wurde das Recht, die Umstände des Sterbens zu bestimmen, umso mehr hervorgehoben. Die Forderung nach Kontrolle und die Ablehnung eines Todes, wie er sich ereignet, wenn wir ihn unmanipuliert geschehen lassen, sind nicht nur stark, sie sind für viele eine Leidenschaft geworden. Das einzige Übel, das grösser scheint als der persönliche Tod, wird zunehmend der Verlust der Kontrolle über diesen Tod.“

gungsmacht rechtzeitig inszenierter Tod ein würdiger Tod sei.⁶⁶ Durch eine solche Vorstellung, wenn sie sich als öffentliche Meinung ausbreitet, entsteht unweigerlich ein Druck auf alte und kranke Menschen, die ihr Sterben erdulden und erwarten, ohne es eigenmächtig zu beschleunigen. So wird die Forderung eines selbstbestimmten Sterbens, die einmal als emanzipatorische Befreiung von ärztlich-medizinischer Fremdbestimmung entstand, unter der Hand zu einer neuen, von der öffentlichen Meinung diktierten Leistungsnorm, die den individuellen Sterbeprozess unter Druck setzt, normiert und Gefahr läuft, die Tendenz zu Alterssuiziden zu verstärken.

Dabei ist zusätzlich zu bedenken, dass wir heute angesichts eines modernen Gesundheitswesens mit einer technisch-pharmakologisch hoch gerüsteten Medizin ohnehin nicht darum herum kommen, im Blick auf das Sterben sehr viel mehr Entscheidungen zu treffen als das früher je nötig war. Die Zeiten, da man davon ausgehen konnte, dass es so oder so das Schicksal oder ‚der Herr über Leben und Tod‘ ist, die entscheiden, wann das Leben an sein Ende kommt, sind definitiv vorbei. Eine neuere international vergleichende Studie hat zum Beispiel ergeben, dass in der Schweiz in 51 % der Fälle, in denen Menschen medizinisch begleitet starben, das Sterben erst stattfand, nachdem entsprechende Entscheide (vor allem im Sinne passiver Sterbehilfe, aber auch im Sinne eines assistierten Suizids) gefällt wurden.⁶⁷ Was früher also nur bei ‚Selbstmördern‘ der Fall war und gesellschaftlich mithilfe aller möglichen religiösen, sozialen und rechtlichen Tabus zu verhindern versucht wurde, dass nämlich eigenes Sterben und eigenes Entscheiden zum Sterben zusammenfallen, ist heute bereits zu einem Normalfall des Sterbens geworden – mentalitätsgeschichtlich gesehen eine geradezu revolutionäre Veränderung, die viele heutige Menschen derzeit noch überfordert! Das bedeutet zugleich, dass die Grenze zwischen ‚natürlichem‘ Sterben, passiver Sterbehilfe,⁶⁸ autodestruktivem Verhalten⁶⁹ und

⁶⁶ D. Callahans Hinweis ist voll und ganz zuzustimmen: „Es gibt keine zwingende Korrelation zwischen einer Kontrolle über den eigenen Tod und der Würde dieses Sterbens“ (1998, S. 155).

⁶⁷ Ch. Rehmann-Sutter, 2011, S. 280. Wir kommen also um den von N. Erlemeier, 2002, S. 154f. genannten Wandel unserer Einstellungen zum Sterben von einem uns zustossenden zu einem von uns – mindestens ein Stück weit – mit zu steuernden Widerfahrnis nicht herum.

⁶⁸ Passive Sterbehilfe bezeichnet den Verzicht auf oder den Abbruch von lebensverlängernden therapeutischen Massnahmen.

Suizid fließender werden. Es wird immer normaler, dass man im Sinne der Patientenautonomie selber in irgendeiner Form entscheiden *muss*, dass und wann man sterben will.⁷⁰ Auch dadurch wird die Hemmschwelle, einen Alterssuizid zu begehen, tendenziell kleiner.

6. Die Frage nach dem Sinn des hohen Alters

Fragen wir nach der Bedeutung gesellschaftlicher Einstellungen im Blick auf Alterssuizide, kommen wir nicht umhin, auch die Sinnfrage anzusprechen. Dass viele Menschen gerne lange leben, aber lieber nicht alt – im Sinne von hochbetagt unter Einschluss der mit dieser Lebensphase oft einher gehenden Erfahrungen von Verlusten und chronischen Erkrankungen – werden möchten und dass einige im fortgeschrittenen Alter ihrem Leben selbst ein Ende setzen, hängt letztlich damit zusammen, dass sie keinen Sinn mehr in einem hochbetagten, mit körperlichen und geistigen Verlusten konfrontierten Leben erkennen können. Denn „was ist Selbstmord anderes als ein Nein auf die Frage nach einem Lebensinn.“⁷¹ Nach Viktor E. Frankl ist es „vielleicht das allermenschlichste aller menschlichen Bedürfnisse, ... in jeder einzelnen Lebenssituation, mit der wir konfrontiert sind, einen Sinn zu sehen und ihn womöglich auch zu erfüllen.“ Heutige Menschen, auch alte, pflegebedürftige Menschen, haben in der Regel genug, *wovon* sie leben können. Aber sie haben nicht immer etwas, *wozu* oder *wofür* zu leben sich auch lohnt. „Und ohne ein Wozu wird das Leben schal, muss das Leben sinnlos erscheinen.“⁷²

Sinn generiert ein Individuum nicht nur aus sich selbst und im Blick auf sich selbst, sondern immer auch auf dem Hintergrund gesellschaftlicher Werthal-

⁶⁹ Autodestruktives Verhalten meint Verhaltensweisen eines Sterbewilligen wie der Verzicht auf die Einnahme lebensnotwendiger Medikamente oder die Weigerung, Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen.

⁷⁰ Damit wird aber noch lange nicht einer Ideologie der Todeskontrolle (*death control*, s. o.) das Wort geredet, die meint, auch das Wie des Sterbeprozesses unbedingt in die eigene Hand nehmen und steuern zu müssen. Einer solchen Haltung gegenüber ist an den kritischen Hinweis von M. Renz, 2013, S. 25 zu erinnern: „So wichtig Selbstbestimmung im Leben war und ist, der Begriff ‚selbstbestimmtes Sterben‘ ist irreführend und besagt in den meisten Fällen vor allem eines, dass hier nicht begriffen wird, was in Todesnähe geschieht.“

⁷¹ V. E. Frankl, 1994, S. 285.

⁷² Ebd., S. 285f.

tungen und im Blick auf wahrgenommene Erwartungen seines sozialen Umfeldes. In einer Gesellschaft,

- die das Alter durch Anti-Aging pathologisiert und zu verhindern sucht,
- die einem Jugendlichkeitsideal frönt („forever young“) und das Alter fürchtet,
- die ganz auf Leistung ausgerichtet ist und Produktivität erwartet,
- in der alles immer schneller geht und sich immer rascher verändert,
- in der ästhetisch gestylt, geliftet und geglättet sein muss, wer gefallen will,
- in der Gesundheit allein nicht mehr genügt, sondern Fitness und Wellness dazu kommen müssen, um den gängigen Normen zu entsprechen,
- in der Autonomie verstanden als Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von der Unterstützung durch andere oberstes Ziel und Ausdruck wahrer Würde ist,
- in der die demografische Entwicklung als ‚Überalterung‘ interpretiert und als mitverantwortlich für die Explosion der Kosten des Gesundheitswesens verstanden wird,

in einer solchen Gesellschaft fällt es schwer, alt zu werden. In einer solchen Gesellschaft fällt es schwer, in einem Leben als Hochbetagter mit abnehmenden Kräften und zunehmenden Beeinträchtigungen, mit chronisch-unheilbaren Krankheiten und in Abhängigkeit von Pflege oder Betreuung durch Dritte Sinn zu finden.

Man müsste schon gegen einen mächtigen Strom gesellschaftlicher Einstellungen und öffentlicher Meinung das Durchleben der letzten Lebensjahre unter Einschluss vieler schwieriger Erfahrungen als für die eigene Biografie wichtig und sinnvoll, das heisst durchlebens- und durchleidenswert erkennen können. Etwa im Sinne von Thomas Rentsch, der sinnkonstitutives Leben „als ein hochkomplexes, vielschichtiges, multidimensionales *Werden zu sich selbst*“ begreift, im Blick auf Hochaltrigkeit und Sterben formuliert: „ein Werden zu sich selbst im Vergehen, ein Werden im Vergehen.“⁷³ Das aber fällt vielen, selbst wenn sie ihr Leben in einem religiösen Sinnhorizont verstehen, nicht immer leicht.

⁷³ Th. Rentsch, 2012, S. 31.

Norberto Bobbio, der italienische Rechtsphilosoph, hält mit desillusioniertem Blick fest: „Wer unter alten Menschen lebt, weiss, für wieviele von ihnen der letzte Lebensabschnitt nicht zuletzt dank der medizinischen Fortschritte, die in vielen Fällen eher am Sterben hindern, statt das Leben angenehm zu machen, zu einem langen, oft sehnelichen Warten auf den Tod geworden ist. Kein Weiterleben, sondern ein Nicht-Sterbenkönnen.“⁷⁴ In dieser Perspektive auf das Altsein dürfte die Sinnfrage nicht leicht zu beantworten sein, oder besser, weil sie ja vielleicht überhaupt nur als offen bleibende Frage artikuliert werden kann: sie dürfte in dieser Perspektive nicht leicht auszuhalten sein. Vor allem dann nicht, wenn die umgebende Gesellschaft diese Sinnfrage mehr oder weniger deutlich mit einem Nein beantwortet. Dann aber liegt die Versuchung zu einem Alterssuizid nicht fern.

7. Suizidprävention als Arbeit an einem altersfreundlichen gesellschaftlichen Klima

Die bisherigen Ausführungen dürften deutlich gemacht haben, dass Alterssuizide wesentlich mitgeprägt sind durch gesellschaftliche Wertvorstellungen und Einstellungen gegenüber dem (insbesondere hohen) Alter mit den oft damit einher gehenden Phänomenen und Erfahrungen. Manche Aspekte dieser heute gängigen Einstellungen, manche Bilder des Alters und manche Idealvorstellungen eines lebenswerten Lebens haben eindeutig suizidfördernde Wirkung.⁷⁵ Daraus ergibt sich die sozial-ethische Aufgabe, auf eine Mentalitätsveränderung und auf ein gesellschaftliches Klima hinzuwirken, die nicht Suizid-fördernd, sondern Suizid-präventiv sind.

Mit dieser Forderung nach Alterssuizid-Prävention ist ethisch nicht bereits jeder Alterssuizid von vornherein abgelehnt. Die Möglichkeit und Legitimität eines wohlwogenen Bilanzsuizids im hohen Alter als *ultima ratio*-Lösung möchte ich keineswegs ausschliessen. Denn das Problematische, Prävention erfordernde am Alterssuizid ist weder das Sterben eines hochbetagten Men-

⁷⁴ N. Bobbio, 2002, S. 32.

⁷⁵ „Schon Blonski hat 1998 in seinem Buch ‚Neurotische Störungen im Alter‘ (Heidelberg) darauf hingewiesen, dass die Haltung unserer westlichen Welt älteren Menschen gegenüber eine suizidfördernde sei“ (G. Harbauer und J. Minder, 2013, S. 17).

schen an sich (das gehört zu diesem Lebensabschnitt), noch die Tatsache, dass der Sterbewillige selbst über den Zeitpunkt und die Art seines Sterbens entscheidet (das gehört zum Anspruch der Patientenautonomie). Die zentrale moralische Herausforderung des Alterssuizids scheint mir vielmehr dort zu liegen,

- wo jemand diesen Weg in einer Situation der Verzweiflung und Trostlosigkeit geht,
- beeinflusst von einer psychischen oder körperlichen Krankheit, ohne mögliche angemessene therapeutische Hilfe zu bekommen,
- wo sich jemand aus Einsamkeit und dem Gefühl der Verlassenheit für einen Suizid entscheidet, wo jemand eine brutal wirkende Form des Suizids wählt und
- wo jemand unter dem Druck negativer gesellschaftlicher Werturteile und Altersbilder Suizid begeht, weil er oder sie sich von der sozialen Gemeinschaft entwertet, entwürdigt und nur noch als Belastung empfunden erlebt.

Solche Situationen – sie stellen die grosse Mehrheit der Alterssuizide dar! – verpflichten die Gesellschaft zu präventiven Massnahmen. Entsprechende Massnahmen müssen über die viel diskutierten Interventionen des 5-Säulen-Modells⁷⁶ hinausgehen und eine Veränderung gesellschaftlicher Einstellungen gegenüber Alter und Sterben mit einschliessen.⁷⁷ In welche Richtung eine solche der Prävention dienliche Arbeit an einem altersfreundlichen gesellschaftlichen Klima gehen könnte, sollen abschliessend fünf Hinweise verdeutlichen.

7.1 Sinnkonstitutive Bedeutung negativer Aspekte des Lebens

Entgegen der weit verbreiteten oberflächlichen Glücksideologie einer Spass- und Freizeitgesellschaft, die in Gesundheit, Fitness und Wellness das höchste aller Güter sieht,⁷⁸ ist neu ein Verständnis dafür zu gewinnen, dass, wie der

⁷⁶ S. o. S. 5.

⁷⁷ A.-S. Parent, 2012, S. 174 fordert „a change of attitude toward ageing and older people ... if we want to provide positive and sustainable answers to our deographic challenge. This is of utmost importance, not only for today's older people, but also for the future generations.“ „Public authorities need ... to change their vision of ageing and adopt a new empowering approach to older people including the very old“ (S. 181).

⁷⁸ Zur Kritik an diesem neuzeitlichen „Gesundheitswahn“ vgl. M. Lütz (2002).

Philosoph Thomas Rentsch seit Jahren betont, „wirklich tragfähiger Lebenssinn nicht allein in der positiven Befriedigung von Lust (besteht)..., sondern weit mehr in der gemeinsamen wie individuellen Bewältigung der vielen negativen Aspekte, die unser Dasein prägen... Vor diesem Hintergrund lassen sich Altwerden, Kranksein, Leiden und Sterben als Chance zur Eröffnung spezifischer Sinndimensionen begreifen, die oft übersehen werden: die Angewiesenheit jedes Menschen auf wirkliche Kommunikation, auf gegenseitige Hilfe und Mitleid, auf Solidarität und – entscheidend – auf das bewusste Begreifen der eigenen Begrenztheit. Diese Dimensionen gehören zu einem Stadium der Reife und der geklärten Selbsterkenntnis, und damit im Kern zu einem wirklich sinnvollen, über sich selbst aufgeklärten Leben. (...) Selbsterkenntnis, Lebensklärung und Lebensvertiefung werden gerade auch durch die Erfahrung von Leid, Schmerzen und Endlichkeit ermöglicht und erschlossen.“⁷⁹ Rentsch fordert deshalb für unsere Gesellschaft eine eigentliche „Erziehung und Bildung zu Verletzlichkeit, Endlichkeit und Sterblichkeit.“⁸⁰ Wie sehr dieses Postulat gegen dominante Trends unserer Gesellschaft geht, liegt auf der Hand – ebenso wie seine potenziell suizidpräventive Wirkung.

7.2 Erweitertes Menschenbild

Mit diesem ersten Punkt hängt ein zweiter zusammen: die Notwendigkeit, ein erweitertes Menschenbild zu gewinnen, eines das wieder entdeckt,

- dass Menschsein mehr ist als Leistung, dass Empfangen und Geniessen ebenso dazu gehören,
- dass Menschsein mehr ist als Selbstständigkeit und Unabhängigkeit, dass nämlich auch Abhängigkeit von der Hilfe und vom Wohlwollen anderer etwas Wertvolles ist,

⁷⁹ Th. Rentsch, 2012, S. 23.

⁸⁰ Ebd., S. 26. Mit dieser Perspektive lässt sich der Ansatz von V. E. Frankls Existenzanalyse verbinden, derzufolge es nicht der *homo faber*, der Leistung vollbringende Mensch, sondern gerade der *homo patiens*, der „aufrecht leidende Mensch“ ist, der durch aktive, innere Auseinandersetzung mit seinem Schicksal die höchsten Sinnwerte zu verwirklichen vermag (2005, S. 202-216).

- dass Menschsein mehr ist als beschwerdefreie Gesundheit und Wellness, dass auch die Erfahrung von Schwachheit und Leiden ein wichtiger Teil des Lebens ist,
- dass Menschsein mehr ist als die Fähigkeit zu denken und dass das Empfinden können von Gefühlen und die Fähigkeit, Beziehungen zu leben, genauso wichtig sind.

Wo ein solches Verständnis von Menschsein lebendig ist und das soziale Miteinander bestimmt, fällt es zweifellos leichter, alt zu werden und auch schwierige Grenzerfahrungen der Hochaltrigkeit zu bewältigen im Wissen darum, gerade im Erleben solcher Situationen vom gesellschaftlichen Umfeld unterstützt und geachtet zu werden. Damit dürften auch eine ganze Reihe von heute tendenziell suizid-fördernden Motiven wegfallen, etwa die Angst, durch Pflegeabhängigkeit die eigene Würde zu verlieren. Die Einsicht würde vielmehr wieder tragend, dass es Autonomie und Selbstständigkeit nur zusammen mit Abhängigkeit gibt und beides zu einem humanen Dasein gehört. Callahan ist zuzustimmen: „Das Ziel, stets unabhängig zu sein, (kann) nur für begrenzte Zeit erreicht werden. Früher oder später, für längere oder kürzere Zeit, werden wir von andern abhängig sein. Zumindest begleitet uns dieses Risiko immer, ist ein unentrinnbarer Teil unseres Lebens. (...) Es ist ein ganz schwerwiegender Irrtum zu glauben, dass unser Wert als Person sinkt, weil Abhängigkeit unser Teil sein wird... Es liegt eine wertvolle und selbstverständliche Anmut in der Fähigkeit, von anderen abhängig zu sein, offen zu sein für ihre Besorgtheit, bereit zu sein, sich an ihre Stärke und ihre Fürsorge anzulehnen. Ein Selbst lebt in der ständigen Spannung zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit. Beide sind ein Teil von uns. Die Unabhängigkeit mag uns ein besseres Gefühl geben, sie schmeichelt uns stärker. Trotzdem bleibt sie nur die halbe Wahrheit unseres Lebens.“⁸¹ Ein Menschenbild, das nur „die halbe Wahrheit unseres Lebens“ ernst nimmt, hat eine suizidfördernde Tendenz. Die Orientierung an einem Verständnis menschlicher Existenz, das auch die andere Hälfte der Wahrheit akzeptiert, hätte umgekehrt eine unbestreitbar suizidpräventive Wirkung.

⁸¹ D. Callahan, 1998, S. 174+176.

7.3 Unverlierbare Würde im Alter

Wenn Grenzerfahrungen, Abhängigkeit und Leiden wieder als bedeutende Aspekte eines integralen Menschenbildes anerkannt werden, kann auch die Angst abgebaut werden, mit zunehmendem Alter die eigene Würde zu verlieren. Es wird eher möglich, sich dessen immer wieder zu vergewissern, dass auch multimorbiden, dementen, pflegebedürftigen Menschen uneingeschränkt Würde und damit ein Anspruch auf Achtung zukommt, einfach weil und solange sie Menschen sind.⁸² Dies für sich selber ernst zu nehmen fällt umso leichter, je klarer es einem von aussen, von Mitmenschen, von der Gesellschaft immer wieder zugesprochen und zuerkannt wird.

Dies wiederum beinhaltet auch, alten Menschen zuzugestehen, ihr Altsein affirmativ und selbstbewusst als eine besondere Gestalt menschlicher Existenz in einer spezifischen biografischen Phase zu leben. Manfred Prisching weist darauf hin, dass „die Stigmatisierung des Alters einem *Jung-dynamisch-lustig-Syndrom* korrespondiert, das zum gesellschaftlichen Idealbild geworden ist. Alte werden deshalb höflich aufgefordert, so zu tun, als ob sie noch jung wären. (...) Aber die blondgefärbte Aufgedonnertheit amerikanischer Touristinnen, die schlichte Leugnung von Jahren, stellt eine Attacke auf die Würde des Alters dar. Es ist eine optische Rücknahme von Lebenserfahrung, die sich nun auch einmal in den Runen des Gesichts eingegraben hat.“⁸³ Ihr gilt es mutig und offensiv entgegenzuwirken.

7.4 Bekämpfung von Altersdiskriminierung

Einig sind sich alle Autorinnen und Autoren, die sich zu Fragen der Suizidprävention im Blick auf alte Menschen äussern, dass zu den wichtigen diesbezüglichen Massnahmen die Bekämpfung von Altersdiskriminierung in jeder Form

⁸² Gerade weil es heute – wie oben dargelegt – nicht mehr selbstverständlich ist, gilt es daran festzuhalten, dass „auch alte, sieche, sterbende Menschen (noch) Menschenwürde (haben), und das ist zu verteidigen, dafür ist einzutreten, dafür muss sogar notfalls gekämpft werden“ (W. Härle, 2010, S. 15). In diesem Sinne sieht es auch das Positionspapier von Public Health Schweiz, 2011, S. 4 im Blick auf die Prävention von Alterssuiziden als wichtig an, „insbesondere Vorstellungen von Würdelosigkeit und Lebensunwert im Alter beziehungsweise bei körperlicher Krankheit entgegenzutreten.“ Dabei wäre auch der Hinweis von M. Renz (2013) zu bedenken, dass es durchaus auch so etwas wie eine „Würde des Leidens“ gibt.

⁸³ M. Prisching, 2003, S. 256.

gehört.⁸⁴ Bekämpfung von Altersdiskriminierung wirkt sich förderlich auf die psychische Gesundheit im Alter aus, diese wiederum ist ein wichtiger Faktor in der Verhinderung von Suizidhandlungen. Während Altersdiskriminierung das Selbstwertgefühl älterer Menschen mindert und sie in ihrer Würde verletzt, stärkt der Kampf um ihre Überwindung die Erfahrung von Alten, respektiert, ernst genommen und gewürdigt zu werden.

7.5 Positive Altersbilder als kulturelle Altersvorsorge

Andreas Kubik hat in einem Aufsatz die These vertreten, eine altersfreundliche Gesellschaft brauche nicht nur Instrumente der materiellen Altersabsicherung, sondern auch so etwas wie eine „kulturelle Altersvorsorge.“ Er versteht darunter eine „realistische Ausdeutung positiver Alter(n)sbilder,“ in denen er einen bedeutsamen Faktor gelingenden Alter(n)s sieht. Dabei betont er ausdrücklich, dass es sich um Vorstellungen handeln müsse, die auch die schwierigen, herausfordernden Seiten des Alters einschliessen und so die Situation vieler Menschen in der Phase der Hochaltrigkeit aufnehmen können.⁸⁵

Mir scheint diese Perspektive grundlegend für Fragen der Alterssuizid-Prävention. Sie macht zugleich deutlich, dass es nicht nur um technische Präventionsmassnahmen etwa im Sinne des oben genannten 5-Säulen-Programms⁸⁶ gehen kann, die politisch beschlossen und dann praktisch umgesetzt werden. Die Arbeit an einer kulturellen Altersvorsorge im Sinne von veränderten gesellschaftlichen Einstellungen zum Alter und zu alten Menschen greift tiefer und ist ein sehr viel umfassenderes Programm, das die ganze Gesellschaft und alle Kräfte fordert, die an der Umgestaltung unseres Gemeinwesens in eine alters- (und das würde automatisch auch bedeuten: men-

⁸⁴ Dass Altersdiskriminierung in ganz verschiedenen Lebensbereichen eine ernstzunehmende gesellschaftliche Realität darstellt, machte in neuerer Zeit etwa die Studie von W. Rehberg und B. Moser (2012) deutlich. Und nach A.-S. Parent, der Generalsekretärin der AGE Plattform Europe in Brüssel, muss man jedenfalls festhalten: „Our ageing society has become very ageist.“ Ja, sie stellt sogar fest, dass Ageism nicht nur in Europa weit verbreitet ist, sondern sich zunehmend auch in Ländern ausbreitet, in denen alten Menschen bis vor kurzem noch hoher Respekt entgegengebracht wurde. „Ageism affects (older people) in the labour market, in the image that the media give of older people, in access to essential goods and services“ (2012, S. 176+175+174f.).

⁸⁵ A. Kubik, 2012, S. 19.

⁸⁶ S. o. S. 5.

schen)freundlichere Gesellschaft interessiert sind und dazu einen Beitrag leisten können. Darin liegt wohl die beste denkbare Suizidprävention.

Literatur

- Ajdacic-Gross, V. et al. (2011)*. Suizidprävention im Kanton Zürich. Expertenbericht des Forums für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich zum Postulat KR.-Nr. 20/2008 zuhanden des Regierungsrates des Kantons Zürich. URL: www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/Psychische_Gesundheit/Suizid/Expertenbericht_Suizidpraevention.pdf, letzter Zugriff am 21.08.13
- Arbeitsgruppe Alte Menschen (2005)*. Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Suizidprophylaxe, 32 (3/4), S. 124-128
- Baltes, P. B. (1996)*. Über die Zukunft des Alterns: Hoffnung mit Trauerflor. In: Baltes, M., Montada, L. (Hg.). Produktives Leben im Alter. (AIDA-Schriftenreihe, Bd. 3). Frankfurt a. M.: Campus, S. 29-68
- Baltes, P. B. (2003)*. Das hohe Alter – mehr Bürde als Würde? MaxPlanckForschung, 2, S. 15–19
- Bobbio, N. (2002)*. Vom Alter – de senectute. (Serie Piper, Nr. 2803). Berlin: Piper (3. Auflage)
- Bosshard, G. (2005)*. Begriffsbestimmungen in der Sterbehilfedebatte. Schweizerisches Medizinisches Forum, 5, S. 193-198
- Bundesamt für Gesundheit (2005)*. Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer. URL: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLd35,f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A, letzter Zugriff am 21.08.13
- Bundesamt für Statistik (2012)*. Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz. Todesursachenstatistik 2009 (= BFS Aktuell, 14 Gesundheit). URL: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4729, letzter Zugriff am 21.08.13
- Callahan, D. (1998)*. Nachdenken über den Tod. Die moderne Medizin und unser Wunsch, friedlich zu sterben. München: Kösel

- Coleman, P. G. (2010). Demenz, Personsein und Lebensende. In: Fuchs, Th. et al. (Hg.). Menschenbild und Menschenwürde am Ende des Lebens. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, S. 251–266
- de Grey, A., Rae, M. (2010). Niemals alt! So lässt sich das Altern umkehren. Fortschritte der Verjüngungsforschung. Bielefeld: Transcript
- de Ridder, M. (2010). Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin. München: Deutsche Verlags-Anstalt
- Erlemeier, N. unter Mitarbeit von Wirtz, M. (2002). Suizidalität und Suizidprävention im Alter. (= Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 212). Stuttgart: Kohlhammer
- Fiedler, G. et al. (2009). Zu diesem Heft. Suizidprophylaxe, 36 (1), S. 3
- Fletcher, J. (1969). The Patient's Right to Die. In: Downing, A. B. (Hg.). Euthanasia and the Right to Death. The case for voluntary euthanasia, London: Humanities, S. 61–70
- Frankl, V. E. (1994). Bemerkungen zur Pathologie des Zeitgeistes. In: Ders. Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten (neue, erweiterte Ausgabe). Berlin: Quintessenz, S. 285–295
- Frankl, V. E. (2005). Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern: Huber (3. Auflage)
- Gentzler, J. (2003). What is a Death with Dignity? Journal of Medicine and Philosophy, 4, S. 461–487
- Gronemeyer, R. (1989). Integration und Segregation. Spezielle oder altersübergreifende Massnahmen in Einrichtungen für alte Menschen. In: Baltes, M. M. et al. (Hg.). Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen. Bern: Huber, S. 113–117
- Gronemeyer, R. (2013). Das 4. Lebensalter. Demenz ist keine Krankheit. München: Pattloch
- Guardini, R. (2008). Die Lebensalter. Ihre ethische und pädagogische Bedeutung. (Topos Taschenbücher, Bd. 400). Kevelaer: Topos (13. Auflage)
- Härle, W. (2010). Menschenbild und Menschenwürde am Ende des Lebens. Eine Einführung. In: Fuchs, Th. et al. (Hg.). Menschenbild und Menschenwürde am Ende des Lebens. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, S. 11–26
- Harbauer, G., Minder, J. (2013). Suizidprävention im Alter. Teil 1: Besonderheiten der Suizidalität im Alter. Psychiatrie & Neurologie, 3, S. 15–19; Teil 2: Modelle für die Suizidprävention im Alter. Psychiatrie & Neurologie, 4

- Hell, D. (2006). Ergebnisse der Suizidforschung. In: Rehmann-Sutter, Ch. et al. (Hg.). Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin. (Interdisziplinärer Dialog – Ethik im Gesundheitswesen, Bd. 6). Bern: Lang, S. 85-91
- Knoepffler, N. (2004). Menschenwürde in der Bioethik. Berlin: Springer
- Kubik, A. (2012). Konstrukte gelingenden Alter(n)s: Einleitung. In: Kumlehn, M., Kubik, A. (Hg.). Konstrukte gelingenden Alterns. Stuttgart: Kohlhammer, S. 9-21
- Levy, B. (2012). Images of Old Age and Their Effects on Older Individuals' Health. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.). Dokumentation der Konferenz „Altersbilder im Wandel“. Berlin, S. 46-56. URL: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publicationen/publikationsliste,did=192420.html, letzter Zugriff am 21.08.13
- Logue, B. J. (1993). Last Rights: Death Control and the Elderly in America. New York: Lexington
- Lütz, M. (2002). Lebenslust. Über Risiken und Nebenwirkungen des Gesundheitswahns. München: Droemer
- Maio, G. (2011). Vom Sinn des Alters. Reflexionen zum Alter jenseits des Fitnessimperativs. In: Ders. (Hg.). Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin. Freiburg i. Br.: Alber, S. 11-19
- Maron, M. (2002). Ich will, was alle wollen. Gedankengänge eines alten Kindes. In: Steinfeld, Th. (Hg.). „Einmal und nicht mehr.“ Schriftsteller über das Alter. (dtv, Bd. 13030). Stuttgart: dtv, S. 22-27
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK (2005). „Beihilfe zum Suizid“ (Stellungnahme Nr. 9). Bern. URL: www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de, letzter Zugriff am 21.08.13
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK (2006). Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe (Stellungnahme Nr. 13). Bern. URL: www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de, letzter Zugriff am 21.08.13
- Parent, A.-S. (2012). Images of Old Age and Older Consumers: What has to be done? In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.). Dokumentation der Konferenz „Altersbilder im Wandel“. Berlin, S. 173-183. URL: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publicationen/publikationsliste,did=192420.html, letzter Zugriff am 21.08.13
- Picker, E. (2002). Menschenwürde und Menschenleben. Das Auseinanderdriften zweier fundamentaler Werte als Ausdruck der wachsenden Relativierung des Menschen. Stuttgart: Klett-Cotta

- Prisching, M. (2003).* Alter heute – ein Mosaik mit Widersprüchen. In: Rosenmayr, L., Böhmer, F. (Hg.). *Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis.* Wien: WUV Universitäts-Verlag, S. 246-272
- Public Health Schweiz (2011).* Positionspapier „Suizidprävention im Alter“. URL: www.public-health.ch/logicio/pmws/publichealth__mental__de.html, letzter Zugriff am 21.08.13
- Rehberg, W., Moser, B. (2012).* Soziale Integration – Altersdiskriminierung in Europa und der Schweiz: Die Sicht der Betroffenen. In: Bühlmann, F. et al. (Hg.). *Sozialbericht 2012: Fokus Generationen.* Zürich: Seismo, S.125-176
- Rehmann-Sutter, Ch. (2011).* Leben enden lassen. Ethik von Entscheidungen über das Lebensende. In: Krebs, A. et al. (Hg.). *Ethik des gelebten Lebens. Basler Beiträge zu einer Ethik der Lebensführung.* Zürich: Pano, S. 271-293
- Reutsch, Th. (2012).* Fürsorge am Lebensende: Philosophische Grundlagen. In: Kumlehn, M., Kubik, A. (Hg.). *Konstrukte gelingenden Alterns.* Stuttgart: Kohlhammer, S. 22-34
- Renz, M. (2013).* Die Würde des Leidens und des Sterbens. *Praxis PalliativeCare*, 19, S. 24-25
- Ringel, E. (1953).* *Der Selbstmord.* Wien: Maudrich
- Rügger, H. (2004).* Sterben in Würde? Nachdenken über ein differenziertes Würdeverständnis. Zürich: TVZ (2. Auflage)
- Rügger, H. (2007).* Altern im Spannungsfeld von „Anti-Aging“ und „Successful Aging“. Gerontologische Perspektiven einer seelsorglichen Begleitung älterer Menschen. In: Kunz, R. (Hg.). *Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie.* Zürich: TVZ, S. 143-182
- Rügger, H. (2009).* Alter(n) als Herausforderung. Gerontologisch-ethische Perspektiven. Zürich: TVZ
- Schaller, S. (2009).* Multimodales Erklärungsmodell der Suizidalität im Alter. *Suizidprophylaxe*, 36 (1), S. 46-51
- Schmitt, E. (2012).* Was trägt die Altersbildforschung zum gelingenden Alter bei? In: Kumlehn, M., Kubik, A. (Hg.). *Konstrukte gelingenden Alterns.* Stuttgart: Kohlhammer, S. 229-247
- Steppe, G. (2011).* Risikopatienten aktiv ansprechen. Strategien zur Suizidprävention im Alter. *DNP – Der Neurologe und Psychiater*, 12, 11, S. 2-5
- Steppe, G. (2012).* Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun! *Schweizerische Ärztezeitung* 93, 39, S. 1413-1415

Wedler, H. (2001). Zu diesem Heft. Suizidprophylaxe 28 (4), S. 1-2

Wedler, H. (2004a). Zu diesem Heft. Suizidprophylaxe 31 (2), S. 23-24

Wedler, H. (2004b). Ethische Aspekte der Suizidalität im Alter. Suizidprophylaxe 31 (2), S. 43-46

Wenn das Altwerden zur Last wird. Suizidprävention im Alter (2009). Hg. v. d. Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Rostock (4. Auflage). URL: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/wenn-das-altwerden-zur-last-wird,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf, letzter Zugriff am 21.08.13

Wyss, L. (2000). Schuhwerk im Kopf und andere Geschichten. Zürich: Limmatverlag (2. Auflage)

SPIRITUALITÄT STÄRKT DIE BETRIEBSKULTUR VON LANGZEITPFLEGE- INSTITUTIONEN

Anemone Eglin

Spiritualität – ein zentrales Element von Lebensqualität

Moderne Institutionen der Langzeitpflege legen ihrer Tätigkeit ein ganzheitliches Menschenbild zugrunde. Sie sind über alle Bereiche ihrer Institution bestrebt, den Bewohnerinnen und Bewohnern eine möglichst hohe Lebensqualität zu bieten. Meist bedeutet das, dass sie physische, psychische, geistige und soziale Aspekte berücksichtigen. Die spirituellen hingegen sind erst in den letzten Jahren – vor allem von der Pflege – aufgegriffen und bearbeitet worden. Vermehrt suchen Pflegekräfte die spirituellen Bedürfnisse alter Menschen zu erfassen und behutsam darauf einzugehen. Sie greifen damit einen Aspekt des Menschseins auf, dem die alten Menschen selber eine hohe Bedeutung beimessen (Bertelsmann Stiftung, 2008; Bucher, 2007; Utsch, 2008, Frick, Roser, 2009). Diese Entwicklung ist zu begrüßen, bleibt sie jedoch auf die Beziehung von Bewohnerinnen und Bewohnern zu den Pflegenden beschränkt und blendet die Mitarbeitenden der anderen Bereiche einer Institution aus, kann Spiritualität keine kulturprägende Kraft entwickeln.

Spiritualität und Management

Spiritualität als zentrales Element der gesamten Kultur einer Institution zu betrachten und auf jeder Führungsebene in alle Bereiche zu integrieren, ist noch neu und ungewohnt. Das mag damit zusammenhängen, dass Führungspersonen entweder die konfessionelle Neutralität ihrer Institution gefährdet sehen, wenn sie Spiritualität integrieren würden oder sie sind klar religiös ausgerichtet und Spiritualität erscheint ihnen als ein zu offenes Konzept. Beide Sichtweisen blenden aus, dass Spiritualität zum Menschsein gehört und sich weder auf Religiosität reduzieren lässt noch reine Privatsache ist. Spiritualität trägt wesentlich zu einer guten Lebensqualität bei und gehört daher in die Kultur einer Institu-

tion. Allerdings eine Spiritualität, die für Menschen unterschiedlicher Konfession, Religion oder Weltanschauung offen ist.

Obwohl in den letzten Jahren die Literatur zum Thema Management und Spiritualität stetig angewachsen ist, fehlt es zurzeit noch an Modellen, wie Spiritualität theoretisch fundiert, systematisch und praxisbezogen in die Betriebskultur von Institutionen der Langzeitpflege einbezogen werden kann. Dafür sind vor allem zwei Gründe verantwortlich.

Zum einen bereitet das Verständnis von Spiritualität einige Schwierigkeiten. Bis heute gibt es keine wissenschaftlich anerkannte Definition von Spiritualität. Als sogenannter Container-Begriff ist Spiritualität offen für ganz verschiedene, allerdings auch nicht einfach beliebige Interpretationen. Seine Herkunft aus der jüdisch-christlichen Religion steckt den Deutungshorizont ab, auch wenn Spiritualität heute vermehrt im Zusammenhang mit anderen grossen Religionen oder losgelöst von religiösen Traditionen verwendet wird.

Autoren, welche zu Spiritualität und Management publizieren, formulieren meist zu Beginn ihr Verständnis von Spiritualität, aus dem sie anschliessend entsprechende Führungsprinzipien deduzieren. Machen sie transparent, aus welcher religiösen Tradition oder welchem geistigen Hintergrund sie schöpfen, geben sie dem Leser die Möglichkeit, sich ihrer Auffassung anzuschliessen oder diese abzulehnen. Die Reichweite einer Publikation wird dadurch allerdings eingeschränkt. Basieren Führungsprinzipien beispielsweise auf einem explizit religiösen Verständnis von Spiritualität, werden staatliche, konfessionell neutral ausgerichtete Institutionen sie kaum oder nur in begrenztem Ausmass anwenden können. Problematisch wird es dort, wo Autoren von einem bestimmten Verständnis von Spiritualität ausgehen, dieses als das selbstverständlich gültige hin stellen und ihre Führungsgrundsätze daraus ableiten, ohne die spirituelle Tradition, auf die sie sich stützen, näher auszuweisen. Exemplarisch dafür sei folgendes Zitat angeführt:

Spiritualität ist “die Ausrichtung auf den Geist, auf die Energie, die unserer menschlichen Existenz zugrunde liegt. Sie ist die Ausrichtung auf und die Verbindung mit der geistigen Kraft, die Grundlage allen Seins und damit auch unserer Existenz ist” (Fromm, Fromm, 2004, S. 11).

“Diese Kraft, die hinter allem steht, nennen wir die spirituelle Kraft. Sie ist nichts anderes, als die kosmischen Gesetze, die unser Leben bestimmen. Diese kosmischen Gesetze sind weder verrückt, noch anrühlich. Sie sind das, was unser tägliches Leben möglich macht. Sie sind das Leben selbst. Wir haben immer die Möglichkeit, in Harmonie mit diesen kosmischen Gesetzen zu leben oder uns gegen sie zu stellen. Mit ihnen zu leben, bedeutet ein Leben in Leichtigkeit und Freude. ... Gegen die Gesetze zu leben, bedeutet ein Leben in Schwierigkeiten und Kampf” (Fromm, Fromm, 2004, S. 12).

Hier wird von einer spirituellen Kraft als Grundlage allen Seins gesprochen, die mit kosmischen Gesetzen gleichgesetzt wird, ohne näher zu erläutern, was die sogenannten kosmischen Gesetze beinhalten noch welcher geistigen Tradition sie entnommen sind. Den Lesenden fehlen somit wichtige Informationen, aufgrund derer sie die Vorentscheidungen der Autoren beurteilen könnten.

Zum andern zielen die Publikationen zu Spiritualität und Management vor allem auf die Haltung und das Verhalten von leitenden Angestellten oder Unternehmern. Sie suchen Führungskräften den Zugang zu ihrer eigenen Spiritualität zu vermitteln, um eine innere Haltung zu stärken, die mit dem Stichwort Führen aus der Mitte treffend umschrieben werden kann. Für Schmitz & Zwierlein beispielsweise bereichert “Spiritualität das Management durch Sinn- und Wertorientierung, durch Weisheits- und Reflexionsimpulse, die auf Aspekte wie Führung und Zusammenarbeit, auf Kommunikation und Konflikt wie auch auf Begegnung, Begleitung und Entwicklung ausstrahlen” (Schmitz, Zwierlein, 2009, S. 12).

So unerlässlich es ist, Prinzipien der Führung zu reflektieren und gegebenenfalls um die spirituelle Dimension zu erweitern, stellt sich doch die Frage, wie sich eine spirituell geprägte Haltung bis in die operative Tätigkeit von Mitarbeitenden beispielsweise in Hauswirtschaft oder Technischem Dienst hinein auswirken kann.

Führungsprinzipien bewegen sich auf der normativen Ebene der Unternehmensführung. Ein praktikables Modell, das diese Grundsätze in Strategien und operative Handlungen umsetzt oder einen Prozess definiert, wie dies geschehen könnte, fehlt.

Führungskräfte von Institutionen der Langzeitpflege, welche die spirituelle Dimension beachten möchten, sind weitgehend auf sich allein gestellt. Bei Besuchen von und Gesprächen mit Heimleitungen wird eine vielfältige Palette von aktivierenden Angeboten sichtbar, welche explizit oder implizit spirituelle Aspekte enthalten. Meist wird viel Wert auf gemeinschaftsbildende Feste und Rituale im Jahreslauf gelegt. Ein konzeptioneller Rahmen hingegen, in den diese operativen Tätigkeiten eingeordnet werden könnten, ist nicht vorhanden.

Pilotprojekt „Spiritualität in Institutionen der Langzeitpflege“

Aus den genannten Gründen entschlossen sich das Institut Neumünster¹ und der Heimverband Curaviva Schweiz² ein Modell zuhanden von Führungskräften in der Langzeitpflege zu entwickeln, das ihnen ermöglicht, die spirituelle Dimension fundiert und systematisch in alle Bereiche ein zu beziehen. An das Modell wurden folgende Anforderungen formuliert:

- Das Modell wird zuhanden von Führungskräften entwickelt. Es verfolgt einen top-down-Ansatz.
- Das Modell zeigt auf, wie Spiritualität in einem strukturierten Prozess in eine Institution integriert werden kann.
- Es wird von Anfang an mit Führungskräften zusammen entwickelt, um seine Praxisorientierung zu gewährleisten.
- Das Verständnis von Spiritualität wird konfessionsunabhängig formuliert, damit es für religiöse wie auch für konfessionell neutrale Institutionen anwendbar wird.
- Der spirituelle Hintergrund, auf dem die Beispiele des Modells basieren, wird transparent gemacht.

¹ Die Stiftung Diakoniewerk Neumünster-Schweiz. Pflegerinnenschule, die in der Nähe von Zürich domiziliert ist, gründete vor 5 Jahren das kleine, wissenschaftliche Institut Neumünster, das auf gerontologische Fragestellungen spezialisiert ist.

² Dem nationalen Dachverband Curaviva Schweiz sind über 2400 Heime und soziale Institutionen im Bereich Alter und Behinderung angeschlossen.

- Führungskräfte bekommen Basisinformationen zu Spiritualität, die sie befähigen, ihr eigenes Verständnis von Spiritualität für ihre Institution zu definieren, ohne dass sie an religiöse Vorgaben gebunden sind.

Unter der Leitung von Anemone Eglin, Leiterin des Instituts Neumünster, nahm eine Projektgruppe, bestehend aus sechs Führungspersonen von Heimen der Deutschen Schweiz sowie einer Delegierten der Geschäftsleitung der Altersheime der Stadt Zürich, im Januar 2012 die Arbeit auf. Eineinhalb Jahre später, im Juni 2013, legte sie das entwickelte Modell SpiL[©] vor, das interessierte Führungspersonen nun über den Heimverband Curaviva Schweiz beziehen können.

Das Modell SpiL[©]

Im Folgenden wird das Modell ‚SpiL[©]: Spiritualität in Institutionen der Langzeitpflege‘ zusammenfassend dargestellt. Es formuliert einen praxisorientierten Prozess, um Spiritualität in alle Bereiche einer Institution zu integrieren. Ausgehend von normativen Grundsätzen werden strategische Entscheidungen und operative Tätigkeiten deduziert. In SpiL[©] wird der gesamte Prozess an Beispielen konkretisiert und die Entscheidungen, die ihnen zugrunde liegen, offengelegt. Das betrifft vor allem das Verständnis von Spiritualität. Zwei wesentliche Gesichtspunkte seien hier erwähnt:

Anthropologische Perspektive

In SpiL[©] wird, wie in der gerontologischen Diskussion üblich, konsequent eine anthropologische Perspektive eingenommen. Anknüpfungspunkt ist der Mensch mit seinen Fragen und Bedürfnissen im Lebensprozess. „Der Mensch fragt nach sich selbst und seinem Sein in der Welt. Die Grundfragen, die sich durch die Menschheitsgeschichte ziehen, sind im Verlauf der Jahrhunderte im Wesentlichen dieselben geblieben:

Wer bin ich? Woher komme ich? Wohin gehe ich? Wozu bin ich auf der Welt?

Es sind Fragen, die je neu einen Suchprozess in Gang setzen und auf die es keine abschliessenden, das heisst endgültigen Antworten geben kann. Es sind Fragen, die nicht jeden Menschen jederzeit beschäftigen. Je nach Lebensphase und Lebenssituation können sie jemanden mehr oder weniger umtreiben. Alle Antworten, die Menschen im Lauf der Geschichte gefunden haben, sind an

die Vorstellungen der jeweiligen Zeit gebunden (...) und entwickeln sich laufend weiter.

Der Mensch weist mit seinem Fragen nach dem 'Woher', 'Wohin' und 'Wozu', das heisst mit seinem Suchen nach Grund und Ziel seines Seins über sich hinaus. Er verweist auf etwas, das grösser und umfassender ist als er selbst, auf das hin er offen ist. Menschen haben immer wieder erfahren, dass sie bei diesem Suchen nach dem Umfassenden nicht ins Leere greifen. Sie haben erkannt, dass da nicht 'nichts' ist, sondern dass da etwas *ist*, das sie umgibt, von dem sie sich getragen und in das sie sich eingebettet fühlen. Sie können es nicht benennen, nicht ergreifen und doch haben sie eine Ahnung davon, dass dieses Grosse, Umgreifende das eigentlich Wirkende in allem ist, was sie erfassen und sehen können. (...)

Wie ein Mensch in Kontakt mit dieser Wirklichkeit tritt, inwiefern ihn das innerlich wandelt und wie sich das in seiner Lebensgestaltung ausdrückt, prägt seine individuelle Form von Spiritualität. Spiritualität wird damit zu einer Grundhaltung, die sich im Lauf des Lebens entwickeln und verändern kann und die Beziehungen eines Menschen zu sich selbst und zu seiner Mitwelt formt“ (Eglin, 2013, S. 10–11)

Ausgehend von den Grundfragen des Menschen lassen sich zwei charakteristische Merkmale von Spiritualität erschliessen, die auch empirisch nachgewiesen sind. Es sind dies Offenheit (Baumann-Neuhaus, Boothe, Kunz, 2012, S. 17)³ und Verbundenheit (Bucher, 2007, S. 33)⁴. Offenheit auf etwas den Menschen Transzendierendes, mit dem er sich verbunden erfährt.

Etymologische Bedeutung

Über das etymologische Bedeutungsfeld des lateinischen Wortes spiritus, auf das der Begriff Spiritualität zurück geht, wird deutlich, dass die beiden Elemente Offenheit und Verbundenheit, zur existentiellen Verfasstheit des Menschen

³ Baumann/Kunz stellen fest, dass jedem noch so weit gefassten Begriff von Spiritualität durchwegs eine Komponente von Offenheit anhaftet.

⁴ Qualitative Studien, obwohl mit ganz unterschiedlichen Personengruppen durchgeführt, identifizierten praktisch alle Verbundenheit oder connectedness als eine wesentliche Komponente von Spiritualität. Diese kann sich vertikal äussern als Verbundenheit mit Gott, das heisst der Transzendenz und/oder horizontal als Verbundenheit mit den Mitmenschen, mit der Natur und dem Kosmos.

gehören. Das lateinische *spiritus*, das seinerseits auf das griechische Wort *pneuma* und das hebräische *ruah* zurückgeht, kann im Deutschen nicht mit einem einzigen Wort adäquat wieder gegeben werden. Meist wird es in verengender Weise auf den Geist beziehungsweise den Heiligen Geist reduziert. *Spiritus* meint jedoch auch Wind, Atem, Lebenshauch. Geist, Wind, Lebenshauch sind 'Dinge', die grenzenlos, ungreifbar und unsichtbar sind. Im Hinblick auf Spiritualität heisst das, dass der Mensch grundsätzlich offen ist für etwas so Grenzenloses und Allgegenwärtiges wie Geist, Wind und Lebenshauch, das ihm zur Verfügung steht, über das er selber jedoch nicht verfügen kann. Die Luft, die den Menschen umweht, strömt als Atem, als Lebenshauch in ihn ein und wieder aus. Mit jedem Atemzug spürt der Mensch, dass er mit dem Grenzenlosen, der Luft, dem Wind verbunden ist und ohne dieses Grenzenlose nicht leben kann. Alle Lebewesen atmen und alle atmen dieselbe Luft. Über den Atem erfährt der Mensch, dass er nicht isoliert von allen und allem andern existiert, sondern in einen grossen Zusammenhang eingewoben ist.

SpiL[©] – ein Prozess in drei Phasen

Normative Festlegungen

In der ersten Phase geht es darum, dass die Führungskräfte eines Heims ein gemeinsames Verständnis von Spiritualität erarbeitet, in dem sich alle mit ihren unterschiedlichen Lebenserfahrungen wieder finden. Auf dieser Grundlage werden Leitsätze formuliert, die nach aussen beispielsweise an potentielle Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörige kommuniziert werden. Die Leitsätze bringen zum Ausdruck, welche Kultur in einer Institution gelebt wird. Sie enthalten eine Selbstverpflichtung des Heims gegenüber Aussenstehenden. Gleichzeitig werden angestrebte Grundhaltungen definiert, welche nach innen wirken. Sie dienen den Mitarbeitenden aller Bereiche als Massstab für ihre Tätigkeit.

Zur Verdeutlichung des Gesagten sei folgendes Beispiel angeführt, das ausgehend vom Verständnis von Spiritualität lediglich einen Aspekt weiter konkretisiert. Auf alle weiteren Aspekte hinzuweisen, würde den hier gegebenen Rahmen sprengen:

- „Verständnis von Spiritualität:
Spiritualität verweist auf die existenzielle Offenheit des Menschen auf Grenzenloses hin, mit dem er sich verbunden fühlt, was er als entscheidend wichtig für sein Leben erfährt.
- Leitsatz:
Wir verstehen uns als Teil eines grossen, lebendigen Zusammenhangs, den wir mit unserem Sein, Tun und Lassen mitgestalten.
- Grundhaltung:
Wir behalten bei allem, was wir tun, das Wohl des Ganzen im Blick“ (Eglin, 2013, S. 23).

Strategische Ziele in allen Bereichen

In der zweiten Phase geht es darum, die strategische Ausrichtung eines Heims daraufhin zu überprüfen, ob das Verständnis von Spiritualität sowie die Leitsätze und Grundhaltungen darin aufgehoben sind. Alle Bereiche einer Institution wie beispielsweise Gastronomie, Reinigung, Technischer Dienst, Gärtnerei, Hauswirtschaft und andere mehr prägen die Qualität der Dienstleistungen, die Atmosphäre und Ausstrahlung und somit die Lebensqualität der Bewohnerinnen wesentlich mit. Aus den Leitbildern der verschiedenen Bereiche wird ersichtlich, wie die übergeordneten Leitsätze und Grundhaltungen weiter konkretisiert werden. Zur Illustration wird das obengenannte Beispiel für den Bereich Gastronomie weitergeführt.

Wenn wir uns als Teil eines lebendigen Zusammenhangs verstehen und uns bewusst sind, dass wir dieses Ganze verantwortlich mitgestalten, bedeutet das für die Gastronomie nach Möglichkeit Folgendes zu beachten und es in ihrem Leitbild festzuhalten:

- „Wir achten auf einen schonenden Umgang mit Ressourcen.
- Wir verwenden Nahrungsmittel, die ökologisch nachhaltig und sozial fair produziert werden.
- Wir informieren Bewohner, Angehörige und Mitarbeitende über Herkunft und Produktion der Nahrungsmittel“ (Eglin, 2013, S. 25).

Operative Umsetzung

In der dritten Phase erfolgt die operative Umsetzung der strategischen Ziele. Ob das, was in den Leitbildern festgehalten wird, auch wirklich bis zu den Bewohnerinnen und Angehörigen durchdringt, hängt von der Haltung und der Tätigkeit jedes einzelnen Mitarbeiters ab. Zur Veranschaulichung wird an dieser Stelle das Beispiel Gastronomie weiter ausgeführt.

- „Die Küche achtet beim Einkauf auf Produkte, die der Saison entsprechen, möglichst aus der Region stammen und keine weiten Transportwege verursachen.
- Sie beachtet die sozialen Bedingungen der Produktion von Nahrungsmitteln und bevorzugt Produkte, die nachweislich sozial fair hergestellt werden.
- Sie verwertet möglichst alle Teile eines Tieres, nicht nur ausgewählte Stücke.
- Über schriftliche Hinweise, Zertifizierungslabels oder mündliche Informationen werden Bewohnerinnen, Mitarbeitende und Gäste über die verwendeten Produkte informiert“ (Eglin, 2013, S. 27).

Spiritualität eine kulturprägende Kraft

Soll das Einbeziehen der spirituellen Dimension eine Kraft entwickeln, welche die Kultur einer Institution und damit die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Mitarbeitenden massgeblich mitprägt, darf Spiritualität nicht auf Beziehungsarbeit verengt werden, so wichtig diese ist. Damit würde das Potential von Spiritualität für die Betriebskultur nur beschränkt wahrgenommen. Die Grundhaltungen, die aus dem Verständnis von Spiritualität abgeleitet werden, wirken sich auch auf den Umgang mit Pflanzen, Tieren und Dingen des täglichen Gebrauchs aus. Alles zusammen formt die Kultur einer Institution und macht deren Ausstrahlung aus.

Spil[©] will Führungskräfte dazu anregen, Spiritualität als wesentlichen Faktor der Betriebskultur zu verstehen und über die Pflege hinaus in alle Bereiche ihrer Institution zu integrieren.

Das Modell kann über den Heimverband Curaviva Schweiz kostenlos bezogen werden.

Literatur

- Baumann-Neuhaus, E., Kunz, R. (2012).* Religiosität und Spiritualität – Definitorenische und sprachliche Klärungen. In: Baumann-Neuhaus, E., Boothe, B., Kunz, R. (2012). Religion im Heimaltag. Würzburg: Königshausen & Neumann
- Bertelsmann Stiftung. (Hg.) (2008).* Religionsmonitor 2008: Ergebnisse für die Schweiz
- Bucher, A. (2007).* Psychologie der Spiritualität. Weinheim, Basel: Beltz
- Eglin, A. (2013).* SpiL: Spiritualität in Institutionen der Langzeitpflege. Drei-Phasen-Modell für die Praxis zur Integration von Spiritualität in die Kultur einer Institution der Langzeitpflege. Bern: Curaviva Schweiz. [http://www.curaviva.ch /Fachinformationen/Themendossiers/Spiritualität](http://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Spiritualität).
- Frick, E., Roser, T. (Hg.) (2009).* Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Stuttgart: Kohlhammer
- Fromm, B., Fromm, M. (2004).* Führen aus der Mitte. Kamphausen: J. Kamphausen Verlag
- Schmitz, U., Zwierlein, E. (2009).* Management und Spiritualität. Ein Erfahrungs- und Arbeitsbuch. Würzburg: Echter
- Utsch, M. (2008).* Spiritualität in der Psychotherapie. Was ist empirisch dazu bekannt? In: Bucher, A., Reiter, A. (Hg.) (2008). Psychologie – Spiritualität – interdisziplinär. Eschborn b. Frankfurt a. Main: Dietmar Klotz

GESTALTUNG VON BEGEGNUNGSRÄUMEN UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG VON LICHT UND FARBEN

Gregor Eibel & Evelyn Huber

„Wer heute glaubt, das Thema „künstliches Licht“ nur nach ästhetischen und funktionellen Gesichtspunkten beurteilen zu müssen, hat längerfristig mit hohen gesundheitlichen Folgekosten zu rechnen.“ (Alexander Wunsch, Arzt und Biolicht Forscher)

Ältere Mitmenschen, Pflegebedürftige und demenziell erkrankte Personen benötigen eine auf ihre ganz speziellen Bedürfnisse angepasste Wohnraumgestaltung. Neue Erkenntnisse über die therapeutischen Einsatzmöglichkeiten von Licht und Farbe erlauben es, für diesen Personenkreis neue Nutzerqualitäten zu ermöglichen. „Wohnen im Alter“ bedarf Sensibilität für die besonderen Belange dieser Menschen. Mit zunehmendem Alter gewinnt die Wohnqualität an Bedeutung, da das eigene „Zuhause“, ob in der eigenen Wohnung oder innerhalb einer Institution, oftmals zum Mittelpunkt des Lebens wird. Aus dieser Verantwortung heraus ist es für Architekten, ebenso wie für Pflegendе, Betreuende und Angehörige älterer Menschen bedeutsam, das Wohnumfeld aus dem Blickwinkel der Betroffenen zu betrachten und verfügbare Mittel der Gestaltung gezielt einzusetzen.

Bedeutung der Umgebung

Die physische Umgebung hat neben der Art der Betreuung und der Wohnform einen ausschlaggebenden Einfluss auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz, insbesondere, wenn diese im Pflegeheim leben (Torrington & Tregenza, 2007, S. 81-97). In der Planung und Gestaltung von Langzeitpflegeeinrichtungen geht der allgemeine Trend hin zu Wohngruppen mit Haushaltcharakter. Inwieweit sich diese Wohngruppenkonzepte auf das Wohlbefinden der BewohnerInnen auswirken, wird in der Literatur diskutiert. In Studien konnte eine Verbesserung der Lebensqualität, des emotionalen Befindens sowie der funktionellen und kognitiven Fähigkeiten von in kleinen Wohngruppen

lebenden, pflegebedürftigen, hochbetagten Menschen aufgezeigt werden (Calkins, 2009, S. 145-54).

Oftmals wird in Bezug auf Wohngruppen von einer „nicht-institutionellen“ sowie einer an die „Normalität“ angelehnten Gestaltung gesprochen, wobei diese Begriffe nicht eindeutig definiert sind und in sehr unterschiedlicher Weise Verwendung finden. Einerseits wird darunter eine farbige Gestaltung der Wohnumgebung und Einschränkung der Monotonie verstanden. Andererseits wird auch eine gemütliche und in den Bewohnerzimmern private Möblierung als „nicht-institutionell“ angesehen (Calkins, 2009, S.145-54).

Edvardsson (2008, S. 32-40) zeigt in einer Befragung von PatientInnen und BewohnerInnen, ihren Angehörigen und Mitarbeitenden in verschiedenen Pflegesettings, dass eine Institution von den Personen, die darin leben und arbeiten und jenen, die von aussen zu Besuch kommen, als Ganzes wahrgenommen wird und als Ganzes zum Wohlbefinden beiträgt. Diese Personen gaben über ihr eigenes Erleben an, dass beispielsweise eine dunkle, ungepflegte Umgebung, Haken ohne Bilder an den Wänden oder welke Pflanzen mit liebloser Pflege, mit Stigmatisierung und Scham in Verbindung gebracht wurden. Dagegen vermittelte eine wohnliche und helle Umgebung, mit gezielt eingesetzten Farbakzenten, Vertrauen und Sicherheit. Weiter zeigt diese Untersuchung auf, dass soziale Beziehungen, gemeinsame Aktivitäten und Gesprächssituationen durch das Vorhandensein gemütlicher, heller Aufenthaltsräume gefördert wurden. Edgerton et al. (2010, S. 306-314) konnten durch eine Umgestaltung der Begegnungsfläche Korridor eine verstärkte soziale Interaktion wie Gespräche zwischen den Personen ausmachen.

Einige Studien kamen jedoch zu gegensätzlichen Ergebnissen. Es zeigte sich, dass schön gestaltete Allgemeinräume von den BewohnerInnen kaum genutzt wurden, weil diese für sie keine Bedeutung hatten (Kiyota, 2003, S. 98-108). Zu ähnlichen Erkenntnissen führte die Untersuchung von Hauge & Heggen (2007, S. 460-467). Sie beobachteten, dass wohnlich gestaltete Gemeinschaftsräume im Pflegeheim nur von denjenigen BewohnerInnen den ganzen Tag über benutzt wurden, welche sich nicht selbst fortbewegen konnten. Andere verliessen die Wohnräume nach den Mahlzeiten und hielten sich entweder in ihren Zimmern auf oder versuchten, in den Gängen mit dem Personal in Kon-

takt zu kommen. Daraus lässt sich schliessen, dass auch Gänge und Flurbereiche als Begegnungsflächen erkannt und dementsprechend gestaltet werden sollten. Die Gestaltung der Umgebung soll einerseits menschliche Bedürfnisse wie Geborgenheit, Zugehörigkeit und Sicherheit berücksichtigen (Monkhouse & Kiyota, 2008, S. 42f.), andererseits soll eine aktivierende Umgebungsgestaltung einen Ort der Begegnung mit anderen BewohnerInnen, Angehörigen und Mitarbeitenden darstellen. (Kiyota, 2003, S. 98-108). Weiter sollte die Umgebung so gestaltet werden, dass sie an die Bedürfnisse der BewohnerInnen angepasst ist. Sie soll hochbetagten Menschen helfen, Einschränkungen wie Seh- oder Hörbehinderungen, Demenz oder Gangunsicherheit zu kompensieren und ihre Unabhängigkeit zu erhöhen (Brawley, 2009, S. 189-99; Kuratorium Deutsche Altenhilfe KDA 2009).

Funktion des Lichts und alterndes Auge

Licht hat in unserem Leben eine zentrale Bedeutung mit seinen visuellen, emotionalen und biologischen Funktionen. Es ermöglicht erst das Sehen, regelt den Tag-Nacht-Rhythmus durch das Hormon Melatonin und beeinflusst die Stimmung. Sehende Menschen nehmen einen Grossteil der Umweltinformation über das Auge auf. Wir benötigen Licht zur Orientierung, zur Interpretation von Gestik und Mimik, zum Lesen, zum Erkennen von Gefahren und für eine fast endlose Liste weiterer Wahrnehmungsaufgaben.

Um diese und andere Funktionen zu erfüllen, muss Licht in ausreichendem Masse vorhanden sein. Es gilt zu beachten, dass mehr nicht immer besser bedeutet. Genauso wie zu wenig Licht das Lesen und Arbeiten erschwert und die Unfallgefahr erhöht, kann ein Zuviel an Licht, insbesondere eine direkte Blendung, einen negativen Effekt haben. Es gilt also, für jeden Ort die optimale Beleuchtung zu finden (Bohn, 2001; Bohn, 2009, S. 31ff; Breuer 2009; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2009).

Ältere Menschen benötigen für die gleiche Sehleistung doppelt so viel Licht wie jüngere, Hochbetagte sogar bis zu fünfmal mehr, da sich die Linse durch die verringerte Elastizität ab dem 55. Lebensjahr kontinuierlich eintrübt. Das Auge sieht zunehmend weniger scharf, wird empfindlicher auf Blendung, braucht mehr Zeit, um sich an Wechsel von hell und dunkel bzw. von fern

und nah anzupassen und nimmt Grün- und Blautöne verblasster und grauer wahr (Breuer, 2009; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2009).

Alte Menschen reagieren empfindlich auf Licht- und Beleuchtungsverhältnisse. Neben dem nachlassenden Sehvermögen führt auch die in der hochaltrigen Generation stark ausgeprägte Sparsamkeit dazu, dass sinnvolle, aber ungewohnte Massnahmen nicht immer Akzeptanz finden. So wird eine Dauerbeleuchtung, auch bei objektiver Notwendigkeit im Flurbereich, häufig als Energieverschwendung angesehen. Durch Sparsamkeit wird die Beleuchtung in den eigenen Räumen reduziert, wodurch beim Übergang in öffentliche, besser beleuchtete Bereiche, aufgrund der eingeschränkten Adaption des alternden Auges, Blendungen und Irritationen entstehen (Bohn 2001; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2009).

Viele ältere Menschen haben Schwierigkeiten mit gesteuerter Beleuchtung, welche nicht wie gewohnt durch Lichtschalter individuell betätigt werden kann. Vor allem verwirrte Personen werden durch das Fehlen von Lichtschaltern verunsichert, verärgert und zweifeln unnötig zusätzlich an der eigenen Kompetenz. Der Einsatz von Bewegungsmelder zur Beleuchtungssteuerung ist problematisch, da deren Funktionsweise oft nicht verstanden wird und somit eine erschreckende Wirkung auslösen kann. Zudem benötigen ältere Menschen oftmals mehr Zeit, beispielsweise für Toilettengänge, sodass der Einsatz von Bewegungsmelder im Dunkeln und Panik enden kann (Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2009; Welter et al. 2006, S. 64–67).

Aufgrund dieser altersbedingten Veränderungen der Sehleistung können eine ungenügende Lichtplanung sowie schlechte Lichtverhältnisse eine Vielzahl an Alltagsproblemen hervorrufen.

Ungünstige Lichtverhältnisse sind eine bedeutende Sturzursache, da durch Blendung Hindernisse nicht rechtzeitig wahrgenommen werden, scharfe hell-dunkel Übergänge das ältere Auge überfordern oder Schlagschatten und Glanzstellen als Hindernisse interpretiert werden und so Fehlritte verursachen (Bohn 2001; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2009). Ein solcher Umstand kann im Fall einer Beurteilung der Verantwortlichkeit, nach einem Unfall, als nicht normgerechte Beleuchtung zum Nachteil einer Institution ausgelegt werden (Bohn, 2009, S. 31ff.). Überholende Schatten und andere Trugbilder werden oft als Bedrohung wahrgenommen und lösen Angst und Unruhe aus.

Ausserdem wirken lichtbedingte Schatten im Gesicht des Gegenübers besonders bei verminderter Sehfähigkeit beängstigend. Spiegelungen sind oft Ursache von Irritation und Unsicherheit. Demente sehen darin imaginäre Bilder, Spiegelungen an Böden werden zum Beispiel als Wasser gedeutet. Düstere Decken infolge fehlender indirekter Beleuchtung wirken beengend und schwer und fördern somit Angst und Unsicherheit (Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2009).

Tageslicht vor Kunstlicht

Mit zunehmender Kenntnis über die positiven Auswirkungen des Tageslichts auf den biologischen Rhythmus und das Wohlbefinden sowie Aktivitätsgrad des Menschen, hat in der Gestaltung von Innenräumen das Einbeziehen des Tageslichts in der Planung an Bedeutung gewonnen. Sonnenlicht kann Lichtstärken bis zu 100.000 Lux hervorbringen und selbst in Innenräumen direkt am Fenster werden Lichtstärken von 2.000 Lux gemessen. Im Raum selbst nimmt die Lichtintensität meist rapide ab. Hier stellen, die in der Altenhilfe populär gewordenen, Beleuchtungsstärken von 500 Lux die Ausnahmen dar, oftmals werden 100-300 Lux gemessen (Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2009).

Wenn immer möglich soll mehr Tageslicht in Räume gelassen und Kunstlicht reduziert werden. Dieser Zustand lässt sich durch grosse Fenster, Dachfenster, Wintergärten oder durch einen Umbau eines Bewohnerzimmers, zu einer offenen, natürlich belichteten Sitzecke in einem Gang bewerkstelligen. Kunstlicht soll hierbei das Tageslicht ergänzen, da es die Beleuchtungsstärke meist nicht ersetzen kann. Bei direkter Sonneneinstrahlung müssen Sonnenschutzmassnahmen vorgesehen werden, um starke Blendung zu vermeiden.

Studien zeigten, dass PflegeheimbewohnerInnen durchschnittlich nur 9 Minuten am Tag einer Lichtexposition von 1000 Lux ausgesetzt sind. Diese Zeitspanne reicht bei weitem nicht aus, um die Ausschüttung vom Melatonin zu regulieren.

Gute Zugänge zum Aussenbereich, am besten vom Aufenthaltsbereich aus, und ein Aussenbereich, der einlädt, sich darin zu verweilen, erhöht die Chance, dass BewohnerInnen sich im Freien genügend Licht aussetzen. Bauliche und gestalterische Massnahmen wie ein gemütlicher Esstisch im Garten oder auf einem Balkon mit Möglichkeit zum Draussen-Essen sind meist leicht umzusetz-

bar. Ausserdem können einladende Sitzgelegenheiten nahe der Verbindungstür zum Innenbereich für Personen, die nicht mehr weit gehen können, einen förderlichen Einfluss auf die Beziehungen und Kommunikation zwischen den BewohnerInnen haben. BewohnerInnen sollten die Möglichkeit haben, die empfohlene Tageslichtdosis draussen oder nahe eines Fensters von einer bis zwei Stunden wahrzunehmen, um die Hormonproduktion sowie den Schlaf-Wach-Rhythmus störungsfrei aufrechtzuerhalten (Bohn, 2001; Bohn, 2009, S. 31ff; Kuratorium Deutsche Altenhilfe 2009, Welter et al. 2006, S. 64-67).

Zwei fundierte Studien zeigen positive Effekte durch eine verstärkte Raumbeleuchtung in Pflegeheimen. Die Langzeitstudie von Riemersma-van der Lek et al. (2008, S. 2642-55) beleuchtete in einer Gruppe den Aufenthaltsbereich mit 1000 Lux über den ganzen Tag. In einer zweiten Gruppe wurde der Raum mit 1000 Lux beleuchtet und zusätzlich Melatonin verabreicht. In einer dritten Gruppe erhielten die BewohnerInnen Melatonin ohne dass etwas an der Beleuchtung geändert wurde. In der vierten Gruppe wurde Placebo eingesetzt. Es konnte eine Verbesserung von kognitiven und funktionellen Fähigkeiten wie auch von depressiven Symptomen durch Licht alleine, sowie eine Reduktion von Agitiertheit und Verbesserung des Schlafes durch Licht in Kombination mit Melatonin gezeigt werden.

Sloane et al. (2007, S. 1524-33) beleuchteten in ihrer Studie den Ess- und Aufenthaltsbereich gleichmässig stark und möglichst ohne zu blenden mit 2500 Lux. In einer Gruppe wurden diese Bereiche nur am Morgen, in einer zweiten nur am Abend und in einer dritten während des ganzen Tages hell beleuchtet. Die Schlafzeit der BewohnerInnen erhöhte sich bei starkem Licht am Morgen und während dem ganzen Tag leicht um durchschnittlich 15 Minuten, bei Personen mit fortgeschrittener Demenz sogar um 25 Minuten. Dies erscheint als geringer Effekt, jedoch verlängern Schlafmedikamente, im Vergleich zu Placebos, den Schlaf durchschnittlich auch nur um wenige Minuten. Weitere Studien kamen ebenfalls zum Ergebnis, dass gezielter Lichteinsatz in Pflegeeinrichtungen Schlafstörungen und allgemeine Antriebslosigkeit reduziert und den zirkadianen Rhythmus normalisiert. Ein Aufenthalt im Freien kann durch die genannten Massnahmen jedoch nicht ersetzt werden (Mishima et al. 1994, S.1-7; Salin et al. 1992, S. 1028-32; Shochat et al. 2000, S. 373-79; Van Someren et al. 1997, S. 955-63).

Quantität und Qualität der Beleuchtung

Eine gute Beleuchtung ist nicht nur durch deren Quantität, sondern auch durch die Qualität des eingesetzten Lichts gekennzeichnet. Helles Licht in schlechter Qualität kann sich genauso schädlich auswirken wie zu wenig Licht. Genügend Licht in guter Qualität erhöht nicht nur die Sicherheit der BewohnerInnen, sondern auch deren Wohlbefinden und Selbständigkeit. Für Personen, die nur selten die Möglichkeit haben, das Haus zu verlassen, sollten Kunstlichtszenarien geschaffen werden, welche durch eine dynamische Beleuchtung die Lichtveränderungen eines Tagesablaufs simuliert.

Durch den Einsatz von indirekter Beleuchtung auf helle Decken und Wände kann eine gleichmässige Raumbeleuchtung erreicht werden. Ausserdem wird dadurch Blendung und das Auftreten von Ecken und Schatten vermieden sowie eine Verstärkung des natürlich einfallenden Tageslichts erreicht.

In der Literatur werden Beleuchtungsstärken von 500 Lux für Wohn- und Essräume sowie Treppen empfohlen. In Bädern sollten Lichtstärken von 300 bis 500 Lux vorherrschen, Toiletten und Gänge sollten mit 300 Lux beleuchtet werden. Dies kann allerdings auch als unwohnlich empfunden werden. Aufgrund dessen sind Dimmer empfehlenswert, um die Lichtstärke der jeweiligen Alltagssituation anpassen zu können und bei genügend Tageslicht Kunstlicht zu reduzieren. Zum Lesen und für andere feine Arbeiten benötigen betagte Menschen eine Leselampe mit 2000 bis 6000 Lux.

Weiter gilt zu beachten, dass Decken und Wände eine starke, Fussböden eine geringere Lichtreflexion aufweisen. Folglich sollen Decken weiss und Wände in hellen Farben gestrichen werden. Im Gegensatz dazu ist die Verwendung von dunkleren Farben nur unterhalb von Handläufen zu empfehlen. Die Oberflächenbeschaffenheit von Wänden, Decken, Fussböden oder Möbel kann Blendung reduzieren, wenn matte Oberflächen eingesetzt werden und auf nachglänzende Reinigungsmittel verzichtet wird (Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2009; Welter et al. 2006, S. 64-67).

Wohnlichkeit und Orientierung

Beleuchtung soll einerseits den erhöhten Lichtbedarf älterer Menschen berücksichtigen, andererseits trägt diese auch wesentlich zu einem angenehmen Am-

biente eines Raumes bei. Zu beachten gilt, dass der gezielte Einsatz von Leuchtmitteln die zeitliche und örtliche Orientierung verbessern kann. Dieser Umstand kann zusätzlich zu einer Stärkung von Sozialkontakten beitragen, da Orientierung sowie Wohnlichkeit und Geborgenheit das Gemeinschaftsgefühl fördern und den BewohnerInnen die Kontaktaufnahme erleichtern.

In grossen Räumen kann eine wohnliche Atmosphäre durch den Einsatz unterschiedlicher Beleuchtungssysteme erzielt werden. Es empfiehlt sich hierbei eine Kombination von zentraler, indirekter und peripherer Beleuchtung des Raumes. Allzu gleichmässiges Licht wirkt auf Dauer langweilig, unnatürlich und erinnert häufig an Spitäler. Punktuell stärkere Beleuchtung ohne Blendung, sollte an Orten erfolgen, wo Personen lesen, arbeiten oder ihre Körperpflege verrichten.

In Gängen kann eine linienförmige Beleuchtung, wie beispielsweise runde Lichtquellen in regelmässigen Abständen an der Decke, die Richtung weisen und Orientierung geben. Ein Fenster am Ende eines Ganges kann ebenfalls orientieren, der Helligkeitsunterschied zwischen Fenster und Flur soll allerdings nicht so gross sein, dass eine Blendung entsteht.

Während der Nacht soll das Licht reduziert sein und nur dort, wo sich BewohnerInnen nachts aufhalten, ihrem verstärkten Lichtbedürfnis angepasst werden. Tritt ein alter Mensch nachts aus seinem verdunkelten Zimmer in einen beleuchteten Flur, wird dieser starke Helligkeitsunterschied oftmals als Blendung empfunden. Die Installation von Nachtlöchtern (50 Lux) in Bädern und Gängen, allenfalls auch in Schlafzimmern, erhöhen die Sicherheit. Allerdings ist es für die Erhaltung des Tag-/Nacht rhythmus wichtig, dass gerade auch hochbetagte Menschen in Dunkelheit schlafen und individuelle Gewohnheiten und Bedürfnisse des Einzelnen berücksichtigt werden (Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2009; Welter et al. 2006, S.64-67).

Farben zurückhaltend und gezielt einsetzen

Farben erzeugen optische, physiologische und psychologische Wirkungen. Im Alter kommt es zu einer veränderten Farb Wahrnehmung, insbesondere Farben ohne Gelbanteil werden schlechter wahrgenommen. Violette, blaue sowie grüne Töne werden schlechter gesehen, während Rot- und Gelbtöne ungehindert wahr- genommen werden. Für Menschen, welche von einer Verände-

rung der Farbwahrnehmung betroffen sind, wird die Umwelt kontrastärmer, farbloser und matter (Breuer, 2009; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2009). Forschungsarbeiten zum Einsatz von Farben in Langzeitpflegeinstitutionen sind derzeit noch keine vorhanden. Es bestehen jedoch allgemeine Hinweise vom Kuratorium Deutsche Altenhilfe.

BewohnerInnen von Pflegeheimen verbringen viel Zeit innerhalb der Institution, weshalb sie den ausgewählten Farben lange und oft ausgesetzt sind. Ein Farbkonzept muss daher an die Bedürfnisse der BewohnerInnen, welche aus unterschiedlichen Sehbehinderungen, motorischen Einschränkungen, Orientierungsverlusten und Pflegebedürftigkeit resultieren sowie an die Anforderungen des Personals, Angehöriger und Besucher angepasst werden. Der sorgfältigen und gezielten Farbwahl kommt daher eine grosse Bedeutung zu. Die Herausforderung besteht darin, einerseits Abwechslung und sensorische Anregung der BewohnerInnen zu erlangen, andererseits soll eine bestimmte Farbwahl nicht als störend empfunden werden. Der Einsatz sowie die Auswahl der Farben sollte den BewohnerInnen die Möglichkeit offen lassen, dass diese zwischen farbigeren und eintönigeren Bereichen sowie zwischen verschiedenen Farben auswählen können.

Der Einsatz von hellen Farben lässt Räume grösser wirken. Ein langer Gang wirkt zum Beispiel kürzer, wenn die Stirnseite mit einer kräftigen, etwas dunklen Farbe gestrichenen wird. Warme Farben lassen eine Wand näher erscheinen, während eine kalte Farbe eine Wand optisch weiter weg schiebt. Zieht man die Farbe der Decke ein paar Zentimeter auf die Seitenwände hinunter, wirkt der Raum niedriger. Im Gegensatz dazu wird ein Raum als höher wahrgenommen, wenn die Farbe der Wand einige Zentimeter in die Decke hineingezogen wird.

Eine zurückhaltende, warme, helle Farbgestaltung wirkt anregend und wohltuend. Weiter lassen kalte Farben Räume um einige Grad kühler erscheinen. Reines Weiss wirkt leer, bietet keine sensorische Anregung und wird meist mit steriler Krankenhausatmosphäre in Verbindung gebracht. Ebenso ist eine einfarbige Gestaltung zu vermeiden.

In den Bewohnerzimmern ist darauf zu achten, dass bettlägerige Menschen nicht nur an weisse Decken und Wände sehen, sondern durch Möbel und Farben Orientierung und sensorische Anregung erhalten. Andererseits sollten

Räume mit farbig gestalteten Wänden oder farbiger Einrichtung auch weisse Wände und neutrale Möbel enthalten, damit sich das Auge erholen kann. Bunte, aber einfarbige Flächen wirken zwar kurzfristig stimulierend, aber durch die selektive Wahrnehmung verflacht deren Wirkung rasch. Unterschiedliche Farben oder Materialien müssen sorgfältig aufeinander abgestimmt werden (Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2009; Wied, 2001).

An diesen Beispielen lässt sich gut erkennen, welche grosse Auswirkung eine sorgsame Farbgestaltung einer Institution auf die Wahrnehmung der darin lebenden Personen haben kann.

Laut einer Studie des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe bevorzugen ältere Menschen sanfte Farben, insbesondere sanfte Brauntöne. Menschen mit Demenz und Sehbeeinträchtigungen reagieren jedoch eher auf kräftige, klare Farben. Das KDA hat dazu eine Farbpalette mit 24 Farben erarbeitet.

Bei der Farbwahl ist die weit verbreitete Rot-Grün-Farbenblindheit zu beachten, insbesondere, wenn Farben als Orientierungshilfen eingesetzt werden (Wied 2001).

Rot-, Gelb-, Orange-, Braun- und Grüntöne gelten als beruhigend, warm und gemütlich. Auch Blautöne haben eine angenehme und beruhigende Wirkung und werden von vielen Menschen als Lieblingsfarbe genannt. Bei Linsentrübung werden jedoch grün und insbesondere blau verblasst und grau wahrgenommen. Grün zeigt je nach Lichteinfall eine sehr unterschiedliche Farbwirkung. Aufgrund dessen müssen Grüntöne sorgfältig mit der Beleuchtung abgestimmt werden, da sie das kränkliche Aussehen von Menschen verstärken können. Die Untersuchung zeigte weiter, dass die Farbe violett von vielen Menschen abgelehnt wird.

Als aktivierend, anregend und aufheiternd werden Farben im Rot-/Orange-/Gelb-Bereich angesehen. Es muss allerdings bedacht werden, dass beispielsweise Rot nicht nur aktivierend und anziehend wirkt, sondern, allzu grell und grossflächig eingesetzt, Aggressionen hervorrufen kann. Aus diesem Grund sollte eine Wand nur an einem Ort rot gestrichen werden, wo sich Menschen nicht allzu lange aufhalten. Als Beispiel könnte eine Wand an einer Sitzecke im Flur rot gestaltet werden, nicht jedoch im Aufenthaltsbereich.

Gelb wirkt warm, hell, intellektuell anregend, angenehm und unaufdringlich. Orange wirkt stärkend, aufheiternd sowie appetitanregend und eignet sich,

zurückhaltend eingesetzt, im Aufenthalts- und Essbereich, beispielsweise als pastelliges Apricot.

Farbkonzepte, welche den BewohnerInnen die Wahl zwischen Aufenthaltsorten unterschiedlicher Farbigekeit und farblich zurückhaltenden Bereichen bieten, sprechen die Sinne an, ohne sie zu überreizen und bereichern die Wohn- und Lebensqualität.

Weiter kann der Einsatz von Naturmaterialien wie Holz vertrauliche und behagliche Gefühle auslösen. Pflanzen und Blumen setzen farbige und wohnliche Akzente und geben BewohnerInnen gleichzeitig die Möglichkeit, sich darum zu kümmern und sich an ihnen zu erfreuen. Hieraus können wiederum soziale Kontakte und Beziehungen hervorgehen oder gefördert werden.

Jahreszeitliche Dekorationen oder Kunst setzen ebenso farbige Akzente. Beim Einsatz von Bildern ist darauf zu achten, dass sie Menschen mit Demenz irritieren und Unruhe hervorrufen können, wenn diese das Bild nicht oder falsch verstehen und somit nicht korrekt interpretieren. Folglich sind Naturbilder für Menschen mit Demenz besser verstehbar als abstrakte Bilder (Breuer 2009; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2009; Welter et al. 2006, S.64-67; Wied, 2001).

Farben zur Orientierung

Durch Farbeinsatz kann die Orientierung verbessert werden. Sorgsam gewählte Farbkontraste können das Erkennen der Inneneinrichtung erleichtern, wenn zum Beispiel weiße Toilettenschüsseln vor farbigen Wänden, farbige Türrahmen, Handgriffe und Lichttaster vor weißen Wänden oder farbige Tischdecken zu weißem Geschirr eingesetzt werden. Somit kann eine selbstständige Durchführung von Alltagsaktivitäten bei Sehproblemen und Demenzerkrankungen unterstützt, sowie das Sturzrisiko reduziert werden. Durchgehende Farbe und Helligkeit von Fußböden hilft zur besseren Orientierung, da Maserungen oder Muster im Fußboden von Menschen mit Sehproblemen als Verschmutzungen, Erhebungen oder Löcher wahrgenommen und als störend empfunden werden (Breuer, 2009; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2009).

Die Farbwahl kann auch als sanfte Massnahme gesehen werden, wenn Personen mit Hinlauffendenz geschützt werden sollten. So kann eine farbige Tür, die sich von der Umgebung abhebt, zum Eintreten einladen, während eine

Tür, die in der Farbe der Wand gestrichen ist, kaschiert ist. Wirkungsvoll kann es auch sein, den Boden vor Ausgangstüren sehr viel dunkler als den übrigen Boden zu gestalten. Die dunkle Fläche lädt nicht zum Darüber-Laufen ein, da sie die Wahrnehmung eines dunklen Loches simuliert. So lenkt dies viele Weglaufgefährdete zurück, ohne dass die Ausgangstüre abgeschlossen oder mit Trickschlössern gesichert werden muss. Der Kreativität sind hierbei fast keine Grenzen gesetzt (Cohen-Mansfield & Billig 1986, S. 711–21; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2009; Wilson, 2011). Diese Angebote werden jedoch kontrovers diskutiert, da sie Menschen mit einer Demenz eine falsche Realität vorspielen und sie somit in gewisser Masse täuschen und belügen. Die Betroffenen verlieren Vertrauen, wenn sie die Täuschung in klaren Momenten erkennen. Es stellt das zugrundeliegende Menschenbild in Frage, da dieses Verhalten von Respektlosigkeit zeugt. Ausserdem können diese Massnahmen als moderne Version der Bewegungseinschränkung gesehen werden (Breuer, 2009; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2009; Welter et al. 2006, S.64–67).

Jedem Wohnbereich seine Farbe?

In grossen Pflegeeinrichtungen mit vielen Kleingruppen ist die farbliche Unterscheidung in rote, gelbe, grüne Gruppen oder Bereiche stets eine beliebte Massnahme zur vermeintlichen Orientierung der BewohnerInnen. Ein pro Stockwerk farblich unterschiedlich gestalteter Erschliessungsbereich kann helfen, seinen Wohnstock besser zu finden. Damit Personen nicht nur von der Identifizierung der richtigen Farbe abhängig sind, kann eine Farbe mit Beschriftung versehen werden, zum Beispiel „roter Wohnbereich“. Ebenso sollten dieselben Farben wie im Erschliessungsbereich bei der Beschriftung der Taster im Lift Anwendung finden. Dabei führen unterschiedliche Töne, Materialien und flächige Verwendung einer einzelnen Farbfamilie zu einem mehr oder weniger monochromen Gesamteindruck jedes Wohnbereichs.

Wenn man sich jedoch der möglichen Wirkung von Farben bewusst ist, wird deutlich, dass ein solches Konzept mit unterschiedlichen Geschossfarben zwar als Leitsystem der Erschliessung, nicht aber zur Gestaltung der ständigen Wohnumgebung nutzen kann, da die Farbgestaltung so zu unnatürlich und eintönig wird. Einfarbige Gestaltungskonzepte erzeugen einseitige Effekte. Deutliche Dominanz einer Farbe kann physiologische und psychologische Wirkungen auf

die Bewohner ausüben, welche unter Umständen unangenehmer sind, als unbunte Neutralität.

Bei der Belegung eines Pflegeheimes besteht selten die Chance, BewohnerInnen nach ihnen angenehmen oder förderlichen Farben zu gruppieren. Es erscheint fragwürdig, ganze BewohnerInnengruppen ungeachtet ihrer individuellen Verhaltensweisen überwiegend einem kühlen Blau, andere mit anregenden Rot in ihre Wohnumgebung zu konfrontieren.

Vielen Heimbewohnern ist Einzigartigkeit ihre Wohngruppe nicht bewusst. Sie wissen nicht, dass in anderen Gruppen andere Farben dominieren. Das Empfinden eines breiten Farbspektrums und die Wahl zwischen unterschiedlichen Farbräumen bleiben den Bewohnern in farblich monotonen Gestaltungskonzepten vorenthalten.

Ausreichendes Licht und überlegt eingesetzte Farbakzente in Wohn- und Pflegeeinrichtungen können zur Lebensqualität von BewohnerInnen beitragen. Verbessertes Licht und freundliche Farben tragen nicht nur zu ihrer Orientierung und Sicherheit bei, sie beeinflussen die Stimmung, fördern Selbstständigkeit in Alltagsaktivitäten, zwischenmenschliche Begegnungen, Kommunikation und sinnvolle Tätigkeiten.

Grundlegend sollte des Weiteren immer beachtet werden, dass Farb- und Beleuchtungskonzepte immer als Einheit geplant werden, da Licht- und Wandfarben sich gegenseitig beeinflussen und unabhängige Planung beider Elemente zu unerwünschten Effekten führen kann. Weiter macht eine farbliche Umgebung alleine noch keine humane Architektur aus. Auf Basis der erwähnten Zielsetzungen kann die Neugestaltung der Umgebung einen wertvollen Beitrag zur Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität der BewohnerInnen und der Arbeitsqualität der Mitarbeitenden leisten (Breuer, 2009; Huber 2011, S. 54f; Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2009; Wied, 2001).

Literatur

Bohn, F. (2001). Wohnungsanpassung bei behinderten und älteren Menschen. Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen. Zürich (1. Auflage)

Bohn, F. (2009). Das Heim ins rechte Licht rücken. *Novacura*, 5, S. 31-33.

Brawley, E. (2009). Enriching lighting design. *NeuroRehabilitation*, 25, S. 189-99.

- Breuer, P. (2009). Visuelle Kommunikation für Menschen mit Demenz, Grundlagen zur visuellen Gestaltung des Umfeldes für Senioren mit Alzheimer-Demenz. Bern: Verlag Hans Huber (1.Auflage)
- Calkins, M. (2009). Evidence-based long term care design. *NeuroRehabilitation*, 25, S. 145-154
- Cohen-Mansfield, J. & Billig, N. (1986). Agitated behavior in the elderly. A conceptual review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, S. 711 - 721.
- Edgerton, E., Ritchie, L., McKednie, J. (2010). Objective and subjective evaluation of a redesigned corridor environment in a psychiatric hospital. *Issus in Mental Health Nursing*, 31, S. 306-314.
- Edvardsson, D. (2008). Therapeutic Environments for Older Adults. Constituents and Meanings. *Journal Gerontology Nursing*, 34(6), S. 32-40.
- Hauge, S. & Heggen, K. (2007). The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the commom living rooms. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), S. 460-467.
- Huber, E. (2011). Licht und Farben in Altersinstitutionen. Ein Beitrag zur Lebens-qualität. *Novacura*, 6, S. 54-55.
- Kiyota, E. (2003). Bauen für die Eden-Alternative. In C. Monkhouse & R. Wapplinger (Hg.), *Übermorgen wenn wir alt sind*. Zürich: Rüffer & Rub Sachbuchverlag, S. 98-108.
- Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hg.) (2009). Licht + Farbe. Wohnqualität für ältere Menschen, Band I. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe
- Mishima, K., Okawa, M., Hishikawa, Y., Hozumi, S., Hori, H., Takahashi, K. (1994). Morning bright liggght therapy for sleep and behavior disorers in elderly patients with dementia. *Acta Psychiatry Scandinavia*, 89, S. 1-7.
- Monkhouse, C. & Kiyota, E. (2008). Keine Ghettos mehr. *Konstruktiv*, 268, S. 42-43.
- Riemersma-van der Lek, R., Swaab, D., Twisk, J., Hol, E., Hoogendijk, W., Someren, E. (2008). Effect of Bright Light and Melatonin on Cognitive and Noncognitive Function in Elderly Residents of Group Care Facilities. A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 299 (22), S. 2642-2655.
- Salin, A., Volicer, L., Ross, V., Herz, L., Campbell, S. (1992). Bright light treatment of behavioral and sleep disturbances in patients with alheimers disease. *American Journal of Psychiatry*, 149, S. 1028-1032.

- Sloane, P., Williams, C., Mitchell, C., Preisser, J., Wood, W., Barrick, A., Hickman, S., Gill, K., Connell, B., Edinger, J., Zimmerman, S. (2007). High-intensity Environmental Light in Dementia: Effect on Sleep and Activity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, S. 1524-1533.
- Shochat, T., Martin, J., Marler, M., Ancoli-Israel, S. (2000). Illumination levels in nursing home patients: effects on sleep and activity rhythms. *Journal of Sleep Research*, 9, S. 373-379.
- Torrington, J.M., Tregenza, P. (2007). Lighting for people with dementia. *Lighting Research and Technology*, 39(1), S. 81-97.
- Van Someren, J., Kessler, W., Mirmiran, M., Swaab, D.F. (1997). Indirect bright light improves circadian rest-activity rhythm disturbances in demented patients. *Biological Psychiatry*, 41, S. 955-963.
- Welter, R., Hürlimann, M., Hürlimann-Siebke, K. (2006). Gestaltung von Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Demenzerkrankungen. Zürich (1. Auflage)
- Wied, S. (2001). Farbenräume. Vom klinischen Weiss zu pflegenden Farben. Bern, Verlag Hans Huber (1. Auflage)
- Wilson, P. (2011). In der Tagesklinik den gewohnten Gang gehen. In: Marshall, M. & Allan, K. (2011): Ich muss nach Hause- Ruhelos umhergehende Menschen mit einer Demenz verstehen. Bern, Verlag Hans Huber, S. 81-86

SOZIALE KOGNITION BEI MENSCHEN MIT FRONTOTEMPORALER DEMENZ

Georg Franken

Das Verständnis von Demenz als eine Krankheit, die überwiegend ältere Menschen betrifft und vornehmlich Gedächtnis und Orientierung beeinträchtigt, orientiert sich an einer Demenz des Alzheimer Typs. In den vergangenen Jahren ist jedoch mit der Frontotemporalen Demenz (FTD) eine Demenzform in den Blickpunkt der Fachöffentlichkeit gerückt, die häufig jüngere Menschen im Alter von 40 bis 64 Jahre betrifft (Graham, 2007) und deren Belastung für Angehörige aufgrund der mit der Erkrankung verbundenen Veränderungen in Persönlichkeit und Verhalten besonders hoch ist (Riedijk et al., 2006; de Vugt et al., 2006; Mioshi et al., 2009; Oyeboode et al., 2013). Der Umgang mit diesen Belastungen gerade in frühen Phasen einer Erkrankung und die Hilfe, die Familien dabei erfahren, entscheiden über die weitere Versorgung und mögliche Heimeinweisung eines Erkrankten (Gaugler et al., 2005; Chemali et al., 2010). Dabei spielen die Wahrnehmung der Veränderungen und das Wissen um deren Ursachen eine entscheidende Rolle für die Entlastung der Angehörigen und die Entwicklung spezieller Angebote (Nicolaou et al., 2010; Diehl et al., 2003; Grinberg et al., 2008; Eejlersen, 2010). Wesentliche Ursachen für sozial unangemessenes Verhalten bei Menschen mit FTD sind die beeinträchtigten Fähigkeiten, sozial bedeutsame Informationen und Situationen wahrzunehmen und zu verarbeiten. Im Folgenden werden Beeinträchtigungen in den zugrunde liegenden Funktionen der sozialen Kognition bei Menschen mit FTD dargestellt.

1. Erscheinungsbild einer FTD

Die Frontotemporale Demenz ist ein klinisches Syndrom, dem ein umschriebener Abbau in Frontal- und Temporallappen des Gehirns zugrunde liegt. Je nach Verteilung der Abbauprozesse zeigen sich die Symptome sehr unterschiedlich (Piguet et al., 2011; Seelaar et al., 2011; vgl. Franken, 2013). Allgemein beginnt die Erkrankung schleichend. Der Untergang von Nervenzellen in den Frontallappen verändert Persönlichkeit und Verhalten der Betroffenen.

Viele ziehen sich zurück, erscheinen antriebslos und verlieren das Interesse an Familie, Beruf oder Hobbies. Häufig erscheinen sie ihrem Umfeld unkonzentriert und vergesslich. Als besonders belastend erleben Angehörige jedoch, wie sich Menschen mit FTD in ihrem sozialen Verhalten verändern. Häufig werden sie als egozentrisch und rigide beschrieben. Sie erscheinen weniger einfühlsam als früher, sozial ungeschickt oder gar taktlos. Zugleich nehmen die Betroffenen die Veränderungen nicht wahr oder zeigen sich sorglos hinsichtlich beruflicher und sozialer Folgen.

Im weiteren Verlauf einer FTD verstärken sich die Symptome und es treten weitere Merkmale hinzu. Die Betroffenen sind durch Reize in ihrer Umgebung leicht ablenkbar, einige sammeln und horten Gegenstände oder ergreifen und benutzen sie, sobald sie in Reichweite sind, auch wenn dies kontextuell sinnlos erscheint. Häufig verändert sich das Essverhalten. Manche essen rückhaltlos, solange Essbares verfügbar ist, und können dabei das Essen in sich hineinstopfen, manche suchen zwanghaft nach Süßem oder trinken und rauchen extensiv. Häufig bilden Menschen mit Frontotemporaler Demenz Stereotypen, Routinen oder Rituale aus. Manche ächzen, summen, treten auf der Stelle oder wandern immer dieselbe Route, klatschen bestimmte Rhythmen oder essen spezielle Speisen. Häufig sind sie bereits frühzeitig in komplexen, aber auch einfachen Dingen des Alltags überfordert. So haben sie Schwierigkeiten im Umgang mit Finanzen, der Haushaltsführung oder im Straßenverkehr und vernachlässigen häufig ihre Körperpflege oder das Wechseln der Kleidung.

2. Exekutive Funktionen und Soziale Kognition

Viele Verhaltensweisen lassen sich auf exekutive Fehlfunktionen zurückführen. Menschen mit FTD sind darin beeinträchtigt, Handlungen zu planen, zu organisieren und durchzuführen, Informationen zu verarbeiten, ihre Handlungen zu überprüfen und sich umzustellen. Snowden (2008) stellt in der folgenden Tabelle exekutive Defizite und ihre Folgen für das Verhalten zusammen.

Exekutive Defizite [in folgenden Bereichen, Ergänzung, GF]	Folgen für das Verhalten
Planen/Voraussicht	Apathie, Trägheit Ziellosgigkeit, ungerichtete Aktivität Vernachlässigung der Selbstpflege Vernachlässigung von Verantwortung in Haushalt und Beruf Steuerung des Verhalten eher durch unmittelbare Bedürfnisse als durch längerfristige Ziele Verhaltenssteuerung durch Umgebungsreize mangelnde Antizipation von Handlungsfolgen
Organisation/Reihenfolgen	desorganisiertes Verhaltens; Abbruch von Handlungsfolgen (Handlungsprogramm)
Aufmerksamkeit	mangelnde Aufrechterhaltung von Aufmerksamkeit Ablenkbarkeit durch irrelevante Umgebungsreize Schwierigkeit, Aufmerksamkeit zu wecken und aufrechtzuerhalten
Abstraktion	am konkreten Wortsinn verhaftetes Denken; selbstbezogene (konkret gegenständliche) Antworten auf Fragen mangelndes Verständnis der (pragmatischen) Intention von Äußerungen
Selbststeuerung	mangelnde Wahrnehmung eigener Fehler Verlust der (Krankheits-)Einsicht
geistige Flexibilität/Wechsel von Perspektiven oder Aspekten [set shifting]	Rigidität; mangelnde Anpassung; Perseveration Unfähigkeit, die Perspektive anderer einzunehmen; Verlust an Sympathie und Empathie

Exekutive Defizite bei FTD und deren Folgen für das Verhalten (Quelle: Snowden, 2008 S. 356, Übersetzung, GF).

Veränderungen im sozialen Verhalten von Menschen mit FTD können jedoch nicht allein durch generelle Beeinträchtigungen exekutiver Funktionen erklärt werden. Vielmehr erscheinen spezifische mentale Prozesse beeinträchtigt, die das soziale Verhalten steuern. Als soziale Kognition wird dabei die Art und Weise bezeichnet, wie soziale Situationen im Individuum repräsentiert und verarbeitet werden.

3. Fähigkeit zur Empathie bei Menschen mit FTD

Menschen mit FTD werden von ihrer Umgebung als emotional abgestumpft wahrgenommen. Gefühle wie Freude, Traurigkeit oder Angst scheinen ebenso verloren gegangen zu sein (Bathgate et al., 2001) wie das Gefühl für Peinlichkeit, Scham oder Schuld (Mendez et al., 2005; Moll et al., 2011). Die Verbindung aus mangelnder Einsicht, emotionaler Abstumpfung und sozial beschämender Verhaltensweisen bildet den Hauptstressor für pflegende Angehörige (Müller-Hergl, 2010; Sörensen et al., 2006; Strawbridge et al., 2009). Studien zur emotionalen Reaktivität zeigen jedoch, dass Menschen mit Frontotemporaler Demenz physiologisch auf einfache Gefühle wie Freude, Traurigkeit oder Angst reagieren und sie diese eigenen Gefühle auch benennen können, sie aber insbesondere im Erkennen negativer Gefühle anderer wie Ärger, Empörung, Furcht und Betroffenheit auf Fotos (Keane et al., 2002; Lavenu, Pasquier, 2005; Lough et al., 2006) oder in Filmen beeinträchtigt sind (Werner et al., 2007; Kipps et al., 2009b; vgl. dagegen Fernandez-Duque et al., 2010). Damit entgehen ihnen aber wesentliche Hinweise auf sozial unangemessenes Verhalten. Dabei muss in der Fähigkeit zur Empathie zwischen kognitiven Aspekten wie der Fähigkeit zur Übernahme von Perspektiven, Abstraktionsfähigkeit und geistiger Flexibilität und emotionalen Aspekten wie der Wahrnehmung von Gefühlen, der emotionalen Ansprechbarkeit, deren bewusste Wahrnehmung sowie ihre Ausdrucksfähigkeit unterschieden werden. Aus Sicht ihrer Angehörigen zeigen Menschen mit FTD Beeinträchtigungen in der Perspektivenübernahme und damit bei einem kognitiven Aspekt der Empathie (Rankin et al., 2005) wie auch in der Besorgnis um den anderen als Reaktion auf wahrgenommene Gefühle, einem emotionalen Aspekt der Empathie (Lough et al., 2006). Die Betroffenen selbst nehmen dabei die Beeinträchtigungen nicht wahr (Eslinger et al., 2007; Gleichgerricht et al., 2011).

Für das Verhalten in sozialen Situationen spielen aber gerade Gefühle wie Peinlichkeit, Scham oder Schuld eine besondere Rolle. Hier zeigen Menschen mit FTD im Vergleich zu Kontrollpersonen geringere physiologische wie bewusst emotionale Reaktionen (Sturm et al., 2008). Gefühle wie Peinlichkeit, Scham oder Schuld sind komplexe Gefühle, die typischerweise auftreten, wenn das Selbst in den Blickpunkt sozialer Bewertung tritt. Sie setzen ein Bewusstsein seiner selbst wie des anderen, soziales Wissen und eine Einschätzung der Reaktionen anderer voraus. Sie ermöglichen es, sozial unangemessenes Verhalten zu erkennen und zu korrigieren. Menschen, denen diese Gefühle abgehen, fehlen die körperlichen Informationen in Form physiologischer Reaktionen auf soziale Verletzungen (z. B. ein Erröten in bestimmten Situationen) wie auch die Motivation, ihr Verhalten zu ändern (Sturm et al., 2008; Levenson, Miller, 2007).

4. Fähigkeit zur Perspektivenübernahme – Theory of Mind

Die Einschätzung sozialer Situationen hängt somit wesentlich von der Fähigkeit ab, die Perspektive anderer übernehmen zu können. Unter den Begriffen „Theory of Mind“ (ToM) oder „Mentalisierung“ wird die Fähigkeit untersucht, auf Gefühle, Annahmen, Absichten eines anderen schließen und dabei zwischen verschiedenen Perspektiven differenzieren zu können (Hodges, Patterson, 2007). Je nach Komplexität der Situation und Schwierigkeit der Aufgabe zeigen sich Menschen mit FTD in dieser Hinsicht unterschiedlich beeinträchtigt. So fällt es ihnen schwer, in sozialen Situationen zwischen der eigenen Sicht und der Perspektive anderer bzw. zwischen deren verschiedenen Perspektiven zu unterscheiden. Häufig erkennen sie einen Fauxpas nicht oder deuten eine unverfängliche Situation als solchen bzw. verstehen eine Bemerkung, die zu einem Fauxpas führt, als absichtlich (Gregory et al., 2002). Es fällt ihnen schwer, an den Augen eines Gegenübers abzulesen, was die Person denkt oder fühlt. Häufig verschließt sich Menschen mit FTD das Verständnis von Witzen und Geschichten, deren Inhalt auf die unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten zielt (Snowden et al., 2003; Lough et al., 2006). Oft erkennen sie keine Lügen (Eslinger et al., 2007) oder es entgehen ihnen Sarkasmus und Ironie (Kipps et al., 2009a). Defizite in exekutiven Funktionen können Beeinträchtigungen in diesem Bereich gerade in fortgeschrittenen Stadien

der Erkrankung überlagern (Snowden et al., 2003), doch sind Fähigkeit in ToM-Aufgaben und exekutive Funktionen grundsätzlich unabhängig voneinander (Snowden et al., 2003; Lough et al., 2006; vgl. auch den Überblick in Adenzato et al., 2010, S. 8-9).

Die Fähigkeiten zur „Mentalisierung“ und zur Empathie, aber auch exekutive Funktionen wie Abstraktionsvermögen und geistige Flexibilität zusammen mit dem erworbenen sozialen Wissen zu Handlungen, Konsequenzen, Konventionen und Normen bilden nach Ansicht einiger Forscher wesentliche Momente, um Beeinträchtigungen im sozialen Verhalten von Menschen mit FTD zu verstehen. So untersuchen Eslinger, Moore et al. (2007) die Urteilsfähigkeit von Menschen mit FTD in sozialen Dilemmata (z. B. Fliege in der Suppe bei einem Festessen). Im Ergebnis ist die beeinträchtigte soziale Urteilsfähigkeit verbunden mit beeinträchtigten Fähigkeiten im Bereich ToM und geistiger Flexibilität. Aus Sicht der Autoren lassen die Ergebnisse verbunden mit einer verminderten Fähigkeit zur Empathie bei Menschen mit FTD auf eine wesentliche Wechselwirkung von sozialen und kognitiven Domänen in einem Netzwerk von „social executors“¹ schließen. Die Autoren vermuten, dass social executors Wissen und exekutive Ressourcen umfassen. Soziales Wissen arbeitet den Bestand an sozialen Handlungsformen, Erfahrungen und Handlungssequenzen aus, der durch erlernte Regeln, Konventionen und bedingte Wahrscheinlichkeiten verbunden ist. Die effektive Anwendung dieses Wissens ist dabei abhängig von prozessualen Ressourcen, die spezifisch für die soziale Domäne sind, ToM und Empathie, sowie von der domänen-neutralen exekutiven Ressource kognitiver Flexibilität. Menschen mit FTD, deren Persönlichkeit, Verhalten und exekutiven Fähigkeiten beeinträchtigt sind, leiden danach unter einem fortschreitenden Abbau sowohl im sozialen Wissen wie auch in den damit verbundenen prozessualen Ressourcen, der ihre soziale Behinderung verursacht (Eslinger et al., 2007, S. 460).

5. Erworbene Soziopathie und beeinträchtigte moralische Urteils-fähigkeit

¹ Der englische Begriff „Executor“ bezeichnet u. a. die Person, die etwas herstellt oder wirksam werden lässt (Soanes et al., 2005, S. 606). Da keine angemessene deutsche Entsprechung gefunden werden konnte, bleibt der Begriff im folgenden unübersetzt.

Der Verlust der sozialen Kompetenz, der sich in der Verletzung sozialer Normen oder der Grenzen anderer zeigt, ist ein nach den Lund-Manchester-Kriterien ein Merkmal der durch Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens dominierten Form einer FTD (Neary et al., 1998). In Untersuchungen berichtet ungefähr die Hälfte der Befragten von entsprechenden Vorkommnissen (Miller et al., 1997; Mendez et al., 2005; Diehl et al., 2006). Genannt werden Eigentumsdelikte (Ladendiebstahl, Einbruch, absichtliches Nicht-Bzahlen von Rechnungen, Sachbeschädigungen), Verkehrsverstöße, sexuelle Belästigungen oder unsittliches Verhalten in der Öffentlichkeit (sexuelle Belästigungen, öffentliches Urinieren, unziemliche Selbstdarstellung, Pädophilie) und Körperverletzungen. In Untersuchungen zum Fahrverhalten fallen Menschen mit FTD auf, indem sie Geschwindigkeitsgrenzen überschreiten, Ampeln und Verkehrszeichen missachten oder sich während der Fahrt unangemessen verhalten (Öffnen der Autotür, Wenden auf der Autobahn) (de Simone et al., 2007; Ernst et al., 2010). Es handelt sich dabei um Verhaltensweisen in der Frühphase der Erkrankung, während im weiteren Verlauf der Erkrankung die zunehmende Antriebsschwäche wie auch körperliche und neurologische Probleme entsprechende Taten verhindern (Diehl et al., 2006).

Menschen mit FTD geben an, sich ihres Verhaltens und dessen Verwerflichkeit bewusst gewesen zu sein, aber impulsiv gehandelt zu haben. Sie wussten dabei um mögliche Konsequenzen, waren aber überwiegend nicht sonderlich besorgt deswegen. Sie geben an, Reue empfunden zu haben, zeigten aber kein entsprechendes Verhalten (Entschuldigung, Verteidigung, Schuldgefühle, Scham) (Mendez et al., 2005; Mendez, 2010). Die Autoren vermuten, dass bei Menschen mit FTD zum einen die durch frühere emotionale Erfahrungen bestimmte automatische Rückmeldung in Form körperlicher Signale vermindert sei, die Menschen daran hindere, moralisch unerlaubte Handlungen durchzuführen. Menschen mit entsprechenden Beeinträchtigungen haben einen erhaltenen logischen Verstand und das Wissen um soziale und moralische Normen und sie können die Folgen ihrer Handlungen antizipieren. Zum anderen sei bei Menschen mit FTD aber auch häufig ihre Empathie, d. h. die Sensibilität oder Schwingungsfähigkeit für die Belastungen anderer, beeinträchtigt, so dass impulsive Reaktionen aufgrund fehlender moralischer Gefühle oder mangelnder Empathie nicht gehemmt würden.

Während das Wissen um moralische Normen intakt ist (Mendez, Shapira, 2009; Gleichgerrcht et al., 2011), fällt es Menschen mit FTD schwer, gefühlsmäßig zwischen den Verletzung moralischer Normen oder sozialer Konventionen zu unterscheiden (Lough et al., 2006). So scheinen sie nicht in der Lage zu sein, soziales Wissen mit seinen affektiven Konnotationen zu verbinden. Sie empfinden denn auch angesichts moralischen Verhaltens weniger gemeinschaftsbildende „prosoziale“ Gefühle wie Schuld, Mitleid, Peinlichkeit, aber auch weniger kritisch auf andere gerichtete Gefühle wie Ärger oder Empörung (Moll et al., 2011). Ihre Fähigkeit, sich in das Denken und Fühlen anderer hineinzuversetzen, ist beeinträchtigt (Gregory et al., 2002; Lough et al., 2006). Damit einher antworten sie auf Fragen zu Situationen mit moralischen Dilemmata in einer eher logischen Weise, selbst wenn sie mit ihren Lösungen anderen unmittelbar Schaden zufügen müssten² (Mendez, Shapira, 2009; Gleichgerrcht et al., 2011). Ihre Fähigkeit, in sozialen Situationen Normverletzungen zu erkennen, die denen eines Fauxpas gleichkommen, ist beeinträchtigt. Dazu beitragen dürfte neben der eingeschränkten Fähigkeit zur Perspektivübernahme auch die mangelnde Wahrnehmung emotionaler Gesichtsausdrücke insbesondere von Ärger und Ablehnung (Lough et al., 2006). Ihre Fähigkeit zur sozialen Interaktion dürfte so durch die fehlende Rückbindung an eigene emotionale Erfahrungen, die eingeschränkte Fähigkeit, sich in andere hineinzuversetzen, wie auch von der mangelnde Steuerung ihrer sozialen Interaktionen durch nonverbale und emotionale Signale beeinträchtigt sein.

6. Zusammenfassung

Menschen mit FTD sind darin beeinträchtigt, sozial bedeutsame Informationen und Situationen wahrzunehmen und zu verarbeiten. Die Fähigkeit zur Empathie umfasst dabei kognitive Momente wie die Übernahme der Perspektive anderer, aber auch emotionale Aspekte wie die Wahrnehmung und Benennung eigener wie fremder Gefühle. Menschen mit FTD reagieren auf einfache Gefühle wie Freude, Traurigkeit, Angst, können sie aber gerade in uneindeuti-

² Die moralischen Dilemmata beziehen sich auf fiktive Situationen, in denen die Befragten einen Menschen töten müssten, um andere Menschen zu retten. Die meisten Menschen lehnen dies intuitiv ab (Gleichgerrcht et al., 2011).

gen Situationen nur schwer einschätzen. Ihre Fähigkeit, sich in die Sicht anderer, deren Denken und Fühlen hineinzuversetzen, ist beeinträchtigt, ihre Rückbindung an eigene emotionale Erfahrungen häufig gestört. Obwohl das Wissen um moralische und soziale Regeln in der Frühphase der Erkrankung noch intakt ist, entgehen ihnen so in sozialen Situationen Regelverstöße und können sie ihr eigenes Handeln nicht angemessen steuern. Exekutive Fehlfunktionen erschweren dabei das Verständnis sozialer Situationen und den Umgang mit verletzten Regeln.

Die Veränderungen in Persönlichkeit und Verhalten belasten Angehörige in der Pflege und Betreuung von Menschen im besonderen Maße. Sie brauchen Aufklärung und Beratung, Entlastung im Alltag sowie Unterstützung durch den Austausch in Angehörigengruppen. Die Angebote für Menschen mit Demenz richten sich aber in erster Linie an Menschen mit einer Alzheimer-Demenz und deren Angehörige. Auch für

beruflich Pflegende gibt es nur vereinzelt Hinweise für den Umgang im Alltag und mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit FTD. Sie zielen darauf, Umwelt, Aktivitäten, Einstellung und Kommunikation der Pflegenden den eingeschränkten exekutiven und sozialen Kompetenzen der Betroffenen anzupassen und Situationen und Umstände zu vermeiden, die ein herausforderndes Verhalten auslösen (Yeaworth, Burke, 2000; Talerico, Evans, 2001; Massimo, Grossman, 2008; Perneckzy, 2008; Merrilees, Ketelle, 2010; Merrilees et al., 2010). Es fehlen jedoch Ansätze und Modelle, die es ermöglichen, rehabilitative oder therapeutische Interventionen zu entwickeln. Hier zeigt sich ein hoher Bedarf an praxisnaher Forschung und der Entwicklung konzeptionell neuer Angebote für Menschen mit FTD und deren Angehörige.

Literaturverzeichnis

- Adenzato, M., Cavallo, M., Enrici, I. (2010). Theory of mind ability in the behavioural variant of frontotemporal dementia. An analysis of the neural, cognitive, and social levels. *Neuropsychologia*, 48, S. 2–12.
- Bathgate, D., Snowden, J. S., Varma, A., Neary, D. (2001). Behaviour in frontotemporal dementia, Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Neurologica Scandinavica*, 103(6), S. 367–378.

- Chemali, Z., Withall, A., Daffner, K. R. (2010). The Plight of Caring for Young Patients With Frontotemporal Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 25(2), S. 109–115.
- Diehl, J., Ernst, J., Krapp, S., Förstl, H., Nedopil, N., Kurz, A. (2006). Frontotemporale Demenz und delinquentes Verhalten. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 74, S. 203–210.
- Diehl, J., Mayer, T., Förstl, H. (2003). Die Besonderheiten der frontotemporalen Demenz aus dem Blickwinkel einer speziellen Angehörigengruppe. *Der Nervenarzt*, 74, S. 445–449.
- Ejlersen, S. (2010). Ein Praxiskonzept zur segregativen Versorgung von Menschen mit Frontotemporaler Demenz. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.; Dialog- und Transferzentrum Demenz an der Universität Witten/Herdecke; Universität Witten/Herdecke (Hg.). Herausforderung Frontotemporale Demenz (FTD), S. 46–52.
- Ernst, J., Krapp, S., Schuster, T., Förstl, H., Kurz, A., Diehl-Schmid, J. (2010). Fahrtauglichkeit bei Patienten mit frontotemporaler und Alzheimer-Demenz. *Der Nervenarzt*, 81(1), S. 79–85.
- Eslinger, P. J., Moore, P., Troiani, V., Shweta, A., Cross, K., Kwok, S., Grossman, M. (2007). Oops! Resolving social dilemmas in frontotemporal dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 78, S. 457–460.
- Fernandez-Duque, D., Hodges, S. D., Baird, J. A., Black, S. E. (2010). Empathy in frontotemporal dementia and Alzheimer's Disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32(3), S. 289–298.
- Franken, Georg (2013). *Schleichend in die Krise. Krankenpflege - Soins infirmiers - Cure infirmieristiche*, (9) [im Erscheinen].
- Gaugler, J. E., Newcomer, R., Kane, R. L., Kane, R. A. (2005). The Longitudinal Effects of Early Behavior Problems in the Dementia Caregiving Career. *Psychology and Aging*, 20 (1), S. 100–116.
- Gleichgerricht, E., Torralva, T., Roca, M., Pose, M., Manes F. (2011). The role of social cognition in moral judgement in frontotemporal dementia. *Social Neuroscience*, 6(2), S. 113–122.
- Graham, A. (2007). Epidemiology of frontotemporal dementia. In: Hodges, J. R. (Hg.). *Frontotemporal Dementia Syndromes*. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, São Paulo: Cambridge University Press, S. 25–37.
- Gregory, C., Lough, S., Stone, V., Erzindioğlu, S., Martin, L., Baron-Cohen, S., Hodges, J. R. (2002). Theory of mind in patients with frontal variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. Theoretical and practical implications. *Brain*, 125, S. 752–764.
- Grinberg, A., Lagunoff, J., Phillips, D., Stern, B., Goodman, M., Chow, T. (2008). Multi-

- disciplinary Design and Implementation of a Day Program Specialized for the Frontotemporal Dementias. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22(6), S. 499–506.
- Hodges, J. R., Patterson, K. (2007). The neuropsychology of frontotemporal dementia. In: Hodges, J. R. (Hg.). *Frontotemporal Dementia Syndromes*. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, São Paulo: Cambridge University Press, S. 102–133.
- Keane, J., Calder, A. J., Hodges, J. R., Young, A. W. (2002). Face and emotion processing in frontal variant frontotemporal dementia. *Neuropsychologia*, 40, S. 655–665.
- Kipps, C. M., Nestor, P. J., Acosta-Cabronero, J., Arnold, R., Hodges, J. R. (2009a). Understanding social dysfunction in the behavioural variant of frontotemporal dementia: the role of emotion and sarcasm processing. *Brain*, 132, S. 592–603.
- Kipps, C. M., Mioshi, E., Hodges, J. R. (2009b). Emotion, social functioning and activities of daily living in frontotemporal dementia. *Neurocase*, 15(3), S. 182–189.
- Lavenu, I., Pasquier, F. (2005). Perception of Emotion on Faces in Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease. A Longitudinal Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 19, S. 37–41.
- Levenson, R. W., Miller, B. L. (2007). Loss of Cells - Loss of Self. *Frontotemporal Lobar Degeneration and Human Emotion. Current Directions in Psychological Science*, 16(6), S. 289–294.
- Lough, S., Kipps, C. M., Treise, C., Watson, P., Blair, J. R., Hodges, J. R. (2006). Social reasoning, emotion and empathy in frontotemporal dementia. *Neuropsychologia*, 44, S. 950–958.
- Massimo, L., Grossman, M. (2008). Patient Care and Management of Frontotemporal Lobar Degeneration. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 23(2), S. 125–131.
- Mendez, M. F. (2010). The Unique Predisposition to Criminal Violations in Frontotemporal Dementia. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 38, S. 18–23.
- Mendez, M. F., Chen, A. K., Shapira, J. S., Miller, B. L. (2005). Acquired Sociopathy and Frontotemporal Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 20(2-3), S. 99–104.
- Mendez, M. F., Shapira, J. S. (2009). Altered emotional morality in frontotemporal dementia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 14(3), S. 165–179.
- Merrilees, J., Ketelle, R. (2010). Advanced Practice Nursing. Meeting the Caregiving Challenges for Families of Persons With Frontotemporal Dementia. *Clinical Nurse Specialist*, 24(5), S. 245–251.
- Merrilees, J., Klapper, J., Murphy, J., Lomen-Hoerth, C., Miller, B. L. (2010). Cognitive

- and Behavioral Challenges in Caring for Patients with Frontotemporal dementia and Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 11(3), S. 298–302.
- Miller, B. L., Darby, A., Benson, D. F., Cummings J. L., Miller, M. H. (1997). Aggressive, socially disruptive and antisocial behaviour associated with fronto-temporal dementia. *British Journal of Psychiatry*, 170, S. 150–155.
- Mioshi, E., Bristow, M., Cook, R., Hodges, J. R. (2009). Factors underlying caregiver stress in Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 27(1), S. 76–81.
- Moll, J., Zahn, R., Oliveira-Souza, R. de, Bramati, I. E., Krueger, F., Tura, B. et al. (2011). Impairment of prosocial sentiments is associated with frontopolar and septal damage in frontotemporal dementia. *NeuroImage*, 54, S. 1735–1742.
- Müller-Hergl, C. (2010). Pflege und Betreuung von Menschen mit frontotemporaler Demenz. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.; Dialog- und Transferzentrum Demenz an der Universität Witten/Herdecke; Universität Witten/Herdecke (Hg.): Herausforderung Frontotemporale Demenz (FTD), S. 110–137.
- Neary, D., Snowden, J. S., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Black, S. et al. (1998). Frontotemporal lobar degeneration. A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 51, S. 1546–1554.
- Nicolaou, P. L., Egan, S. J., Gasson, N., Kane, R. T. (2010). Identifying needs, burdens, and distress of carers of people with Frontotemporal dementia compared to Alzheimer's disease. *Dementia*, 9(2), S. 215–235.
- Oyebode, J. R., Bradley, P., Allen, J. L. (2013). Relatives experience of Frontal-variant Frontotemporal Dementia. *Qualitative Health Research*, 23(2), S. 156–166.
- Pemeczeky, R. (2008). Therapie der frontotemporalen Demenz. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(1), S. 47–49.
- Piguet, O., Hornberger, M., Mioshi, E., Hodges, J. R. (2011). Behavioural-variant frontotemporal dementia: diagnosis, clinical staging, and management. *Lancet Neurology*, 10(2), S. 162–172.
- Rankin, K. P., Kramer, J. H., Miller, B. L. (2005). Patterns of Cognitive and Emotional Empathy in Frontotemporal Lobar Degeneration. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 18(1), S. 28–36.
- Riedijk, S. R., Vugt, M. E. de, Duivenvoorden, H. J., Niermeijer, M. F., Swieten, J. C. van, Verhey, F. R. J., Tibben, A. (2006). Caregiver Burden, Health-Related Quality of Life and Coping in Dementia Caregivers. A Comparison of Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22(5), S. 405–412.
- Seelaar, H., Rohrer, J. D., Pijnenburg, Y. A., Fox, N. C., van Swieten, J. D. (2011). Clinical, genetic and pathological heterogeneity of frontotemporal dementia. A review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 82, S. 476–486.

- Simone, V. de, Kaplan, L., Patronas, N., Wassermann, E. M., Grafman, J. (2007). Driving Abilities in Frontotemporal Dementia Patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 23, S. 1–7.
- Snowden, J. S., Gibbons, Z. C., Blackshaw, A., Doubleday, E., Thompson, J., Craufurd, D. et al. (2003). Social cognition in frontotemporal dementia and Huntington's disease. *Neuropsychologia*, 41, S. 688–701.
- Snowden, J. (2008). Frontotemporal dementia. Correlation between pathology and function. In: Anderson, V., Jacobs, R., Anderson, P. J. (Hg.). *Executive Functions and the Frontal Lobes. A Lifespan Perspective*. New York, Hove East Sussex: Psychology Press, Taylor&Francis Group (Studies on Neuropsychology, Neurology, and Cognition), S. 345–364.
- Soanes, C., Stevenson, A. (Hg.) (2005). *Oxford Dictionary of English*. (2nd ed., revised) Oxford: Oxford University Press.
- Sørensen, S., Duberstein, P., Piquart, M. (2006). Dementia care. Mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *Lancet Neurology*, 5, S. 961–973.
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., Thai, J. N., Shema, S. (2009). The influence of spouse lower cognitive function on partner health and well-being among community-dwelling older couples. Moderating roles of gender and marital problems. *Aging & Mental Health*, 13(4), S. 530–536.
- Sturm, V. E., Ascher, E. A., Miller, B. L., Levenson, R. W. (2008). Diminished Self-Conscious Emotional Responding in Frontotemporal Lobar Degeneration Patients. *Emotion*, 8(6), S. 861–869.
- Talerico, K. A., Evans, L. K. (2001). Responding to safety issues in frontotemporal dementias. *Neurology*, 56(Suppl 4), S. S52–S55.
- Vugt, M. E. de, Riedijk, S. R., Aalten, P., Tibben, A., Swieten, J. C. van, Verhey, F. R. J. (2006). Impact of Behavioural Problems on Spousal Caregivers. A Comparison between Alzheimer's Disease and Frontotemporal Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22(1), S. 35–41.
- Werner, K. H., Roberts, N. A., Rosen, H. J., Dean, D. L., Kramer, J. H., Weiner, M. W. et al. (2007). Emotional reactivity and emotion recognition in frontotemporal lobar degeneration. *Neurology*, 69, S. 148–155.
- Yeaworth, R. C., Burke, W. J. (2000). Frontotemporal Dementia. A different kind of dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(5), S. 249–253.

Themenvorschau

Die nächste Ausgabe der

ZEITSCHRIFT FÜR GERONTOLOGIE UND ETHIK

erscheint mit dem Thema:

„Lebenswelt Altenheim“

Für nähere Informationen
besuchen Sie unsere Homepage:
www.i-ge.de

Oder kontaktieren Sie uns unter:
info@i-ge.de

Themenrückschau

2012 erschienen die Themen:

„Mit dem Alter kommt der Psalter?“

„Demenz und christliches Menschenbild“

„Leben und Wohnen mit Demenz“

„Gesammelte Werke 2012 - Eine Nachlese“

2013 erschien bislang:

„Kommune 2030“

„Menschenrechte in der Altenpflege“

„KidZ - Kinder und Demenz“

Jederzeit können Einzelhefte der bisherigen Ausgaben per Post oder per Mail bestellt werden.

Autorinnen und Autoren dieses Heftes

Pfrn. Anemone Eglin, MAS-BA

Institut Neumünster

Neuweg 12, CH-8125 Zollikerberg

anemone.eglin@institut-neumuenster.ch

Institutsleiterin, Fachbereich Spiritualität

Gregor Eibel, MSc

Institut Neumünster

Neuweg 12, CH-8125 Zollikerberg

gregor.eibel@institut-neumuenster.ch

Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Fachbereich Pflegewissenschaft, Pflegefachmann Chirurgie Spital Zollikerberg

Georg Franken, BA MiG/MScN

Institut Neumünster

Neuweg 12, CH-8125 Zollikerberg

georg.franken@institut-neumuenster.ch

Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Fachbereich Pflegewissenschaft

Evelyn Huber, MSN, RN

Zentrum klinische Pflegewissenschaft - UniversitätsSpital Zürich

Rämistrasse 100, CH-8091 Zürich

evelyn.huber@usz.ch

Klinische Pflegewissenschaftlerin

Kathrin Holthoff

Institut für Gerontologie und Ethik der Evangelischen Hochschule Nürnberg

Jamnitzerstr. 10, 90429 Nürnberg

kathrin.holthoff@i-ge.de

Gesundheits- und Pflegepädagogin BA, Wiss. Mitarbeiterin des Instituts für Gerontologie und Ethik

Barbara Mayer, MAS in Gerontologie

Institut Neumünster

Neuweg 12, CH-8125 Zollikerberg

barbara.mayer@institut-neumuenster.ch

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Dr. theol. Heinz Rüeeggler MAE

Institut Neumünster

Neuweg 12, CH-8125 Zollikerberg

heinz.rueeggler@institut-neumuenster.ch

*Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Fachbereiche Ethik, Gerontologie, Diakoniewissenschaft
Seelsorger in einem Pflegeheim*

Prof. PD Dr. Barbara Städtler-Mach

Evangelische Hochschule Nürnberg, Institut für Gerontologie und Ethik

Bärenschanzstr. 4, D – 90429 Nürnberg

barbara.staedtler-mach@evhn.de

Vizepräsidentin, Leitung Institut für Gerontologie und Ethik

Dr. rer. pol. Werner Widmer

Institut Neumünster

Neuweg 12, CH-8125 Zollikerberg

werner.widmer@dwn.ch

Direktor der Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinnenschule

Impressum

ZEITSCHRIFT FÜR GERONTOLOGIE UND ETHIK Heft 4 – 2013

Herausgeberinnen:

Prof. Dr. Christine Brendebach
Prof. Dr. Barbara Städtler-Mach
Institut für Gerontologie und Ethik e.V.

Anschrift:

Bärenschanzstraße 4
90429 Nürnberg
Telefon: +49 (0) 9 11 / 272 53-890
Fax: +49 (0) 9 11 / 272 53-799

Schriftleiterin:

Kathrin Holthoff

www.i-ge.de
info@i-ge.de

Abonnentenbetreuung:

Iberé Worofka

ISSN: 1868-4653

Die Zeitschrift und all ihre Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Autoren tragen die fachliche Verantwortung für ihre Beiträge. Bei jeder Entnahme von Sachverhalten besteht Zitierungspflicht. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Institutes für Gerontologie und Ethik in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen,

insbesondere Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehsendung, im Magnettonverfahren oder ähnlichem Wege bleiben vorbehalten.

Die Zeitschrift kann schriftlich abonniert werden. Das Abonnement kann jährlich mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.