

inmitten – Band 2:

Rehabilitation und Pflege im Spannungsfeld von Entwicklung und Tod

inmitten

Jörg Schulz und Karl-Friedrich Wessel (Hrsg.)

Rehabilitation und Pflege
im Spannungsfeld
von Entwicklung und Tod



Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost
Eigenverlag

Schriftenreihe der Stiftung
Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

Band 2

Rehabilitation und Pflege im Spannungsfeld von Entwicklung und Tod

Herausgegeben
von Jörg Schulz und Karl-Friedrich Wessel

inmitten

Schriftenreihe der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

IMPRESSUM

Herausgeber:

Prof. em. Dr. habil. Klaus-Peter Becker
im Auftrag des Vorstandes
der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

© Alle Rechte bei den Herausgebern
und bei der Autorenschaft

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen
des Urheberrechts ist ohne Zustimmung
des Herausgebers unzulässig und strafbar.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen,
Übersetzungen, Mikroverfilmungen
und die Einspeicherung und Verarbeitung
in elektronischen Systemen.

Layout:

Christina Kaminski

Anschrift:

Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost,
Allee der Kosmonauten 23 B, 10315 Berlin

Internet: www.rbo-info.de

Druck:

Druckhaus Berlin-Mitte,
Schützenstraße 18, 10117 Berlin

ISBN 978-3-9814923-1-6

Gender Mainstreaming

Der Vorstand der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost ist darauf bedacht, im Sinne des „Gender Mainstreaming“ Frauen und Männer sowie Mädchen und Jungen gleichberechtigt anzusprechen.

Sollte in einem Text nur die weibliche oder männliche Form zu finden sein, dürfen sich trotzdem beide Geschlechter angesprochen fühlen.

Vorwort des Herausgebers der Schriftenreihe

Die Edition der neuen Schriftenreihe „Inmitten“ ist mit Interesse aufgenommen worden. Band 1 mit dem Titel *„Die Entwicklung des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost in Theorie und Praxis“* hat sich nicht mit einem Rückblick begnügt. Ganz im Sinne des Anliegens der Schriftenreihe sind auch Schritte in Neuland dargestellt und problematisiert worden. Erwähnt seien die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention und die Erweiterung des Aktionsradius der Stiftung durch die Ausgründung der gemeinnützigen GmbH Lichtenberger Betreuungsdienste. Speziell die Errichtung des Wohn- und Pflegezentrums für Menschen mit Demenz hat den bisherigen, auf Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen bezogenen Gesichtskreis wesentlich erweitert.

Im vorgestellten Pflege- und Betreuungskonzept sind wesentliche Merkmale der Arbeit antizipiert worden. Als eine besondere Herausforderung galt es zu versuchen, *„einen Beitrag zu mehr Teilhabeorientierung und Lebensqualität in der Pflege zu leisten“*, wie es wörtlich hieß. Trotz der sich hinziehenden Diskussionen um den Pflegebegriff sowie um die Pflegereform setzt sich in Fachkreisen, wie es die im Oktober 2012 in Berlin von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation veranstalteten Fachtagung gezeigt hat, der Vorsatz durch, Rehabilitation und Pflege zu verzahnen. Der Titel der Fachtagung drückt das Anliegen bereits eindeutig aus: *„Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen – Selbstbestimmung und Teilhabe durch Rehabilitation.“*

Konfrontiert mit der alltäglichen Praxis, erscheint es sehr schwierig, diesen Vorsatz zu befolgen. Nach wie vor reicht die Finanzausstattung dafür nicht, die sich vor allem in dem knappen Personalschlüssel widerspiegelt. Erschwert wird die Lage dadurch, dass es generell an Pflegefachkräften fehlt. Abgesehen davon, harren täglich vielfältige Probleme der Bewältigung. Sie beziehen sich im Einzelnen auf die Lösung organisatorischer, pflegerischer, psychologischer oder kommunikativer Aufgaben bei Wahrung einer ethischen Grundhaltung im Umgang mit den Klienten, ihren Angehörigen, aber auch den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst sowie der Heimaufsicht. Es bleibt nicht aus, dass unterschiedliche Auffassungen einander begegnen, mitunter eskalieren und dennoch abgeglichen werden müssen. Ein besonders sensibler Bereich ist der Umgang im Alter mit dem Sterben und dem Tod. Lässt man den alten Menschen selbstbestimmt sterben oder besteht man auf lebensverlängernden Maßnahmen um jeden Preis. Ein Komplex von Fragen und Problemen tut sich auf. Einfache Antworten können nicht gegeben werden.

Diese Situation hat dazu geführt, die Ausgestaltung des 2. Bandes der Schriftenreihe Prof. Dr. Schulz und Prof. Dr. Wessel anzutragen. Als Leiter des Projektes *„Humanontogenetik“* an der Humboldt-Universität zu Berlin hat sich Prof. Wessel mit wissenschaftlichen Partnern in verschiedenen interdisziplinären Veranstaltungen mit dem genannten Fragenkomplex beschäftigt. Als Wessel-Schüler ist Jörg Schulz wissenschaftlich und praktisch seit Jahren mit

gleichartigen Problemen befasst. Die von ihnen in diesem Band zusammengestellten Beiträge zu Fragen von Alter und Demenz unter dem Titel „*Rehabilitation und Pflege im Spannungsfeld von Leben und Tod*“ stammen zum größeren Teil aus der „1. Jenenser Gesundheitskonferenz“ mit dem Titel „*Gesundheit, Pflege und Rehabilitation im Wandel der Zeiten – einige Aspekte ihrer Entwicklung*“, die weiteren aus der 15. Fachtagung 2012 in Schollene S/A mit dem Rahmenthema „*Demenzielle Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung*“.

Die Gesundheitskonferenz hat die Ernst-Abbe-Hochschule Jena im Frühjahr des Jahres 2012 abgehalten, die Fachtagung die Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost gemeinsam mit ihrer Tochtergesellschaft GIW - Wohnanlage Mühlenberg gGmbH im Herbst des gleichen Jahres. In den Texten kommen auch Wissenschaftler, erfahrene Praktiker und Nachwuchswissenschaftler der Hochschule zu Wort. Ebenso finden neben theoretischen Betrachtungen Praxis bezogene Ausführungen Beachtung wie es dem Anliegen des Stiftungszwecks ausdrücklich entspricht.

Die Herausgeber erheben keinen Anspruch, auf alle Themen einzugehen, geschweige denn endgültige Antworten zu geben. Sie sollen vielmehr die Diskussion der anstehenden Probleme in die Breite tragen und beflügeln.

Im Namen des Vorstandes als Herausgeber
Klaus-Peter Becker

Vorwort der Herausgeber dieses Bandes

Uns bleibt nach dem Vorwort des Herausgebers der Schriftenreihe, Prof. Dr. Becker, diesem und dem Vorstand sowie dem Beirat der Reihe für die Möglichkeit dieser Publikation zu danken.

Dem Erfurter Büro der Friedrich-Ebert-Stiftung sei für die Unterstützung bei der Organisation der o.g. Gesundheitskonferenz gedankt. Zudem möchten wir der Rektorin der EAH Jena, Frau Prof. Dr. Gabriele Beibst, bezüglich der Schaffung adäquater Rahmenbedingungen danken.

Die gemeinschaftlich von der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost mit der GIW - Wohnanlage Mühlenberg gGmbH veranstalteten Fachtagungen finden seit 1998 jährlich statt. Für die erfolgreiche Ausrichtung der fünfzehnten sei dem Geschäftsführer der GIW sowie der Heimleiterin und ihrem Kollektiv gedankt.

Ein besonderer Dank gilt Frau Dozentin Dr. sc. Wessel für die sorgfältige redaktionelle Arbeit, ebenso Frau Kaminski für die gewissenhafte Gestaltung des Layouts.

Jörg Schulz und Karl-Friedrich Wessel

Jena und Berlin im Dezember 2012

Jörg Schulz und Karl-Friedrich Wessel (Hrsg.)

Rehabilitation und Pflege im Spannungsfeld von Entwicklung und Tod



Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost
Eigenverlag

Inhalt

1 Der Gesundheitssektor zwischen Vision und Realität	11
1.1 Gesundheit.....	11
1.2 Zielstellungen der Gesundheitsförderung.....	12
1.3 Zur Kritik der ökonomischen Überformung der Medizin	12
1.4 Gesundheitsprobleme in der Gesellschaft	12
1.5 Behinderung und Rehabilitation	13
1.6 Das „rechte Maß“	13
1.7 Bedarf nach Wandel.....	13
2 Alter im Spannungsfeld von Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Demenz	15
Einleitung.....	15
2.1 Begriff „Alter“ – ein Annäherungsversuch	15
2.2 Gesundheit im Alter	16
2.3 Finanzielle Situation	17
2.4 Wohnsituation.....	19
2.5 Familiäre Situation, Partnerschaft und soziale Netzwerke	20
2.6 Gesellschaftliche Partizipation	21
2.7 Einsatz- und Aufgabengebiete Sozialer Arbeit in einer alternden Gesellschaft.....	23
2.7.1 Die Entwicklung sozialer Altenhilfe im geschichtlichen und politischen Verlauf ab 1950 in der BRD	23
2.7.2 Zum System der Altenhilfe in Deutschland.....	26
2.7.3 Soziale Arbeit im Bereich der offenen, ambulanten, teilstationären und stationären Altenhilfe und ihre Rolle im interdisziplinären Team	27
2.8 Salutogenetische Orientierung	30
2.9 Normalisierungsprinzip.....	32
2.10 Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland.....	34
2.10.1 Der Pflegebedürftigkeitsbegriff	34

2.10.2	Ambulante Versorgung	35
2.10.3	Stationäre Versorgung	36
2.10.4	Zur aktuellen Entwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs	38
2.10.5	Pflegende Personen	39
2.11	Pflege und Salutogenese	40
2.12	Demografischer Wandel	43
2.12.1	Demografischer Wandel zwischen 1910 und 2030	44
2.12.2	Zunahme der Pflegebedürftigkeit	45
2.13	Demenz als biopsychosoziales Problem	45
2.13.1	Lösungsansätze für ein Netzwerk Demenz	46
2.13.2	Netzwerkvorbereitung	46
2.13.3	Steuerung des Netzwerkes	48
2.13.4	Regelmäßige Evaluation	49
2.13.5	Leitfaden für gelingende Netzwerkarbeit	49
2.13.6	Ergebnisse der Erhebung	50
2.14	Wohnen im Alter	54
2.15	Empowerment als Ressource	54
3	Rehabilitation und Prävention aus humanontogenetischer Sicht	57
4	Das Phänomen der Pflegeübernahme – Betrachtungen zum Gegenstand	62
	Einleitung	63
4.1	Die Betrachtungsebenen zur Pflegeübernahme	63
4.1.1	Die Begründung des Gegenstandes	63
4.1.2	Die sozialen Konstrukte der Pflegeübernahme	64
4.1.3	Die Anthropologie der Pflege	65
4.1.4	Motive und Intentionen zur Pflegeübernahme	67
4.2	Kognitionsstrukturen zur Pflegeübernahme	69
4.3	Ausblick	70
5	Trauer – Verlust – Bewältigung	72
	Einleitung	72
5.1	Kurzer geschichtlicher Rückblick	72
5.2	Die aktuelle Situation	72
5.3	Trauer	73

5.3.1 Abschiedliches Leben.....	73
5.3.2 Das Maß des Verlustes	73
5.3.3 Trauer als Verlustbewältigungsstrategie.....	75
5.3.4 Ein raum-zeitlich integriertes Trauermodell.....	75
5.3.5 Der Sterbeprozess.....	77
5.4 Konsequenzen für Lebens- und Handlungskonzepte.....	78
5.4.1 Konsequenzen für die Gestaltung des eigenen Lebens.....	78
5.4.2 Konsequenzen für den Umgang mit Sterbenden und Trauernden	78
5.4.3 Konsequenzen für die Medizin.....	79
5.5 Offene Fragen	79
6 Demenz bei Menschen mit geistiger Behinderung – Begleitung in einer Wohnstätte.....	80
6.1 Demenz – Demenzformen	80
6.2 Die Häufigkeit von Demenz	80
6.3 Kriterien für die Demenz nach der ICD-10.....	81
6.4 Differenzialdiagnose.....	81
6.5 Kennzeichen einer Demenz bei Menschen mit einer geistigen Behinderung.....	82
6.5.1 Früherkennung	82
6.5.2 Testverfahren.....	84
6.5.3 Erhebung biografischer Daten	84
6.6 Möglichkeiten zur Integration von Menschen mit geistiger Behinderung und demenziell bedingten Abbauprozessen in Wohngruppen.....	87
6.6.1 Leitgedanken	87
6.6.2 Täglicher Umgang.....	87
6.6.3 Erhaltung der Mobilität.....	88
6.6.4 Zusammenarbeit mit Ärzten und Krankenhäusern.....	88
6.6.5 Vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Angehörigen.....	88
6.6.6 Ernährung der Erkrankten	89
6.6.7 Anforderungen an die Beschaffenheit des Wohnbereichs.....	89
6.6.8 Besonderheiten der Kommunikation	91
6.6.9 Verbleib in der letzten Lebensphase	91
6.7 Ausblick	92

7 Palliativmedizin und ärztliche Betreuung im Alter – Besonderheiten bei Menschen mit geistiger Behinderung	93
7.1 Allgemeine Besonderheiten der Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung	93
7.2 Palliative Sterbebegleitung	95
7.2.1 Allgemeines zum Sterben	95
7.2.2 Sterbephasen	96
7.2.3 Sterbende und Angehörige sowie Betreuende	96
7.2.4 Schwierigkeiten, den Wendepunkt vom Leben zum Sterben bei geistig Behinderten zu erkennen (Point of no return)	97
7.2.5 Problematik der ärztlichen Betreuung Sterbender mit geistiger Behinderung	98
7.2.6 Rechtliche Aspekte am Ende des Lebens bei Menschen mit geistiger Behinderung	103
8 Seit Alkmaion von Kroton – Gesundheit als Balance von Gegensätzen	105
8.1 „Hauptsache gesund – Prosit!“	105
8.2 Vorsokratische Weisheit und Medizin	106
8.3 Kroton und die Pythagoreer	110
8.4 Alkmaion von Kroton: Gesundheit durch Isonomie	113
8.5 Weltharmonie, Gesundheit und Evolutionsmedizin	118
9 „Rasse“ – Evolution – Gesundheit: Wider den Rassenbegriff in seiner Anwendung auf den Menschen bis zur Gegenwart	123
Einleitung	123
9.1 Die Zeit vor Darwin	124
9.2 Die Internationale der biologischen Anthropologen	128
9.3 Sozialdarwinismus, Eugenik, Rassenhygiene und Rassenkunde	130
9.4 „Rasse-Sonderfall“ Drittes Reich	134
9.5 Institutioneller Neubeginn nach 1945 in Deutschland	140
9.6 Ausblick	143
10 Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung – Medizin in der demographischen Falle?	145
Einleitung	145
10.1 Gerechtigkeit	145
10.2 Gesundheit	149
10.3 Medizin	151

10 Inhalt

Literatur.....	155
Autoren.....	170
Abbildungen.....	171

1 Der Gesundheitssektor zwischen Vision und Realität¹

Jörg Schulz

Zwei wesentliche Aussagen, die mit der Gesundheitsversorgung korrelieren, finden sich im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland:

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“ (Art. 1 (1)) und „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ (Art. 2 (2)).

Damit sind auch die Grundlagen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland gelegt. Sie muss jedem Menschen uneingeschränkt zugänglich sein. Was aber verstehen wir unter Gesundheit?

1.1 Gesundheit

Laut WHO ist die Gesundheit des Menschen

„ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, unterzeichnet in New York City am 22. Juli 1946).

Diesem Ideal kann der einzelne Mensch kaum nahe kommen. Das geflügelte Wort Friedrich Nietzsches, der Gesundheit als dasjenige Maß an Krankheit begriff, welches es ihm noch erlaubte, seinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen, nähert sich der Realität deutlich stärker an, zumal Nietzsche damit implizite auch auf die Subjektivität der Wahrnehmung des Gesundheitszustandes verweist. Dies bedeutet, dass sich bei gleicher Diagnose zweier Personen sowohl deren Gesundheitsempfinden als auch ihre selbst wahrgenommenen Aktivitäts-Möglichkeiten und tatsächlichen Aktivitäten unterscheiden. In der Gesundheitsversorgung muss also die Wahrnehmung der biopsychosozialen Einheit Mensch in ihrer Entwicklung im Mittelpunkt stehen. Ausgehend vom Postulat einer bestimmten, individuell unterschiedlichen Struktur des biopsychosozial Vorhandenen (vgl. Tembrock 1987) soll die Entdeckung existenter Potenziale und die Synchronisation von Kompetenzen ermöglicht und unterstützt werden. Die junge Disziplin Humanontogenetik nimmt sich dieser Gegenstände in interdisziplinärer Ausrichtung an. Sie erforscht die Entwicklung des menschlichen Individuums von der Konzeption bis zum Tode. Im Unterschied zu den Einzelwissenschaften, deren Gegenstände spezielle ontogenetische sind, versteht sie den Menschen als hochkomplexe Einheit/Ganzheit personaler, biologischer und psychischer Zustände/Prozesse, eingebettet in soziokulturelle/gesellschaftliche Kontexte und Vorgänge (vgl. Wessel 1998).

Die biopsychosoziale Betrachtungsweise, die sich u. a. in der WHO zum Grundprinzip entwickelt hat, scheint nicht nur als übergeordneter Erklärungsansatz geeignet zu sein. Sie erwies sich in den vergangenen Jahren auch in wesentlichen Momenten der Gesundheitsförderung als handlungsleitend und führte zu positiven Ergebnissen.

¹ Anmerkung: Dies ist die Zusammenfassung eines Vortrages, welchen der Autor auf der Gesundheitstagung in Jena am 9. Mai 2012 hielt.

1.2 Zielstellungen der Gesundheitsförderung

Folglich darf von der Annahme ausgegangen werden, dass sich diese Herangehensweise für die Gesundheitsentwicklung des aktuellen Jahrtausends als nutzbringend erweisen wird. Zu den künftigen Aufgaben äußern Schulz und Steinecke:

„Nachstehend genannte [...] Zielstellungen zur Förderung der Gesamtgesundheit der Bevölkerung vom 21. Jahrhundert müssen von Gesundheitswissenschaftlern benannt und durch Sozialarbeiter und Pflegekräfte wesentlich mitgetragen werden:

- Förderung der sozialen Verantwortung für Gesundheit
- Verbesserung der ökonomischen Grundlagen für die positive Entwicklung der Gesundheit
- Evaluierung und Erweiterung bestehender Netzwerke zur Gesundheitsentwicklung
- Förderung entsprechender Kompetenzen in den Ländern und Gemeinden, u. a. durch Aufklärung seitens der Fachkräfte
- Neustrukturierung von Gesundheitseinrichtungen i. w. S.“ (ebd., 94)

1.3 Zur Kritik der ökonomischen Überformung der Medizin

Es sei die Problematik der Ökonomie aus diesen Zielstellungen herausgegriffen. Trotz einer Vielzahl kritischer Diskussionen zur ökonomischen Überformung der Medizin hat sich an der generellen Praxis bislang nichts geändert. Giovanni Maio stellt fest:

„Das Diktat des Marktes ist ein Diktat der Zeitökonomie: Alle Abläufe in den Kliniken werden so beschleunigt, dass am Ende das wegrationalisiert wird, worauf es bei der Behandlung von Menschen zentral ankommt – die Zeit für das Gespräch zwischendurch, für das Gespräch, das nicht sein muss, das aber doch zum Wesentlichen einer persönlichen Betreuung gehört“ (ebd., 804).

Andere Autoren sehen ein besonders großes Problem in der (weiteren) Privatisierung von Krankenhäusern und dem damit verbundenen Abbau ökonomisch ineffizienter Abteilungen (vgl. u. a. Klauber, Geraedts, Friedrich). Keinesfalls hinnehmbar oder auch nur wünschenswert ist es, Gewinne in der „Gesundheitswirtschaft“ unkontrolliert derart wachsen zu lassen, dass unausweichlich der Zusammenbruch des Systems folgt.

1.4 Gesundheitsprobleme in der Gesellschaft

Doch eine Diskussion der genannten Angelegenheiten kann nur einen Aspekt bei der Lösung der Gesundheitsprobleme in der Gesellschaft darstellen. Um sich dieser anzunehmen, müssen sie aber zunächst benannt werden. Zu den wichtigsten Gesundheitsproblemen der Zivilisationsgesellschaft zählen:

- Infektionserkrankungen (bes. HIV/AIDS)
- Abhängigkeitserkrankungen
- Krebs
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Demenz
- psychische Störungen (plus Z-Diagnose lt. ICD-10: Burnout)
- Diabetes mellitus

1.5 Behinderung und Rehabilitation

Des Weiteren muss dem Sachverhalt der Behinderung mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Laut SGB IX, § 2 sind Menschen

„behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (ebd., 6).

Bedeutsam für den Umgang mit den damit verbundenen Einschränkungen seitens der betroffenen Personen und ihrer professionellen Begleiter ist das rehabilitative Herangehen. Der Begriff „*Rehabilitation*“ bezieht sich auf einen Prozess, der darauf abzielt, dass Menschen mit Behinderungen ihr optimales physisches, sensorisches, intellektuelles, psychisches und/oder soziales Funktionsniveau erreichen und aufrechterhalten, ihnen also Hilfestellungen zur Änderung ihres Lebens in Richtung eines höheren Niveaus der Unabhängigkeit zu geben (vgl. The Standard Rules on Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities, United Nations, 1994). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) hat Möglichkeiten geschaffen, systematisch die individuell gegebenen Chancen der uneingeschränkten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aufzufinden und zu nutzen.

1.6 Das „rechte Maß“

Aber nicht nur dort besteht die Gelegenheit, an der Förderung der Gesundheit mitzuwirken. Ausgehend von der biopsychosozialen Betrachtungsweise muss der Einzelne den für ihn geeigneten Weg eigenverantwortlich finden und beschreiten. So gilt es z. B., unter den nachstehend genannten Gegensätzen das „*rechte Maß*“ zu finden und entsprechend zu handeln:

- Arbeit macht krank – Untätigkeit macht krank
- zu wenig Bewegung macht krank – zu viel Bewegung macht krank
- zu wenig essen macht krank – zu viel essen macht krank
- zu wenig Genuss macht krank – zu viel Genuss macht krank
- zu wenige Medikamente (sofern man sie benötigt) machen krank – zu viele Medikamente machen krank
- zu wenig „*Gesellschaft*“ macht krank – zu viel *Gesellschaft* macht krank
- zu wenig „*Gleichgültigkeit*“ macht krank – zu viel „*Gleichgültigkeit*“ macht krank

1.7 Bedarf nach Wandel

Generell herrscht gegenwärtig ein Bedarf nach Wandel – nicht nur bezüglich gesundheitspolitischer Forderungen, sondern auch hinsichtlich der Änderung des Gesundheitsbewusstseins. Um dies zu erreichen, bedarf es folgender Notwendigkeiten:

- Erkenntnisprozesse fördern
- Kommunikation
- Aufklärung
- Kompetenz-Entwicklung
- Persönlichkeits-Stärkung
- Entfaltung innerer Stabilität

Sich unter anderem daraus ergebende, bedeutsame Aufgaben für den Gesundheitssektor seien wie folgt zusammengefasst:

- Gesundheitsförderung
- Prävention
- Lebenskontinuum
- Empowerment
- Vernetzung
- Vereinheitlichung verbindlicher Prinzipien und gesetzlicher Grundlagen, die in ihrer Anwendung bedürfnisgerecht modifiziert werden können

Eine Trias „*theoretischer*“ Vorsorgemaßnahmen für den Einzelnen könnte, bei Akzeptanz kritischer Äußerungen dazu, aus folgenden Vorkehrungen bestehen:

- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Organspende-Ausweis

In praxi aber benötigen wir eine inklusive Gesellschaft, bezogen auf alle Gruppen und Einzelpersonen, und seien sie noch so verschieden. Nur dann kann die grundsätzliche Neuordnung des Gesundheitssystems gelingen und so dem Einzelnen in seiner jeweiligen prekären Lage zumindest hinsichtlich eines funktionierenden Systems Sicherheit geben. Deutschland benötigt nach fast 130 Jahren komplett neue Systeme der Absicherung.

2 Alter im Spannungsfeld von Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Demenz

Jörg Schulz, Martina Apel, Arlett Findeis, Henrike Köber

Einleitung

Im Fazit ihres Beitrages „*Alter und Behinderung – Annäherung an eine komplexe Problematik*“ (2011 b, 111) stellen Schulz und Steinecke fest, dass zwar das Altersniveau gegenwärtig höher als jemals vorher in der Geschichte der Menschheit sei und derzeit die negative Bewertung dieser weiter anhaltenden Entwicklung überwöge. Doch konstatieren die Autoren, dass daraus entstehende Chancen für den Einzelnen wie für die Gesellschaft deutlich größer sein können als bisher angenommen, sowohl wegen zunehmender Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung wie aufgrund sich stetig weiter entwickelnder Leistungsfähigkeit und Kreativität und deren wahrscheinlicher Nutzung in größerem Umfang als bisher auch gesamtgesellschaftlich.

Derartige Ansätze sind jedoch gegenwärtig deutlich seltener als pessimistische Zukunftsvisionen. Im Mittelpunkt steht häufig eine pejorative Konnotation des „*Alters*“, das oft undifferenziert betrachtet wird.

2.1 Begriff „Alter“ – ein Annäherungsversuch

Die Literatur zu dieser Thematik weist verschiedene Zuordnungen auf. Eine Form findet sich bei Krings-Heckemeier et al. (2006, 9):

- 50 bis 60 Jahre: die „*alten Jungen*“
- 60 bis 70 Jahre: die „*jungen Alten*“
- 70 bis 80 Jahre: die „*mittelalten Alten*“
- ab 80 Jahren: die „*alten Alten*“

Trotz der vermeintlich gut nachvollziehbaren Unterteilung werden auch hier mögliche (und wahrscheinliche) gravierende Unterschiede negiert. Wessel führt dazu aus:

„Die Gefahr der Ablenkung vom Wesen eines Phänomens durch die Akzentuierung punktueller Entwicklungen ist sehr groß“ (2011, 14). Der Mensch muss also ganzheitlich in seiner Entwicklung als biopsychosoziale Einheit betrachtet werden. Im Umgang mit dem Einzelnen kommt es darauf an, vier elementare sozialpädagogische Handlungsprinzipien zu nutzen, die auch in der Sozialpsychiatrie Anwendung finden:

- Interdisziplinarität, da die Erfassung des Menschen durch nur eine Disziplin nicht möglich ist.
- Individuumszentrierung, um die Spezifika der betreffenden Person oder Personengruppe zu erkennen.
- Selbstbestimmung, die erst auf der Grundlage der Individuumszentrierung möglich wird, und
- Aktivierung, die im Sinne des Individuums erfolgen muss, um in Richtung seiner eigenen Entscheidung tätig zu werden (vgl. Schulz, J. 2009, 7).

Wenn im vorliegenden Beitrag die o.g. Einteilung genutzt wird, geschieht dies also lediglich im Interesse einer auf diese Weise vereinfachten Näherung an die Unterschiedlichkeit des Menschen in seinen individuellsten Ausprägungen. Hier werden allerdings auch Parallelen zu

Problemlagen deutlich, die durch Kategorisierungen, wie sie in der professionellen Arbeit mit Klienten vorkommen, entstehen. Wessel stellt dazu fest:

„Die Professionalisierung ist eine Vernichtung von Individualität“ (2011, 20).

Folglich gilt es, die Akteure für dieses Spannungsfeld zu sensibilisieren und die Individuumszentrierung mit ihren nachfolgenden Möglichkeiten bzw. Notwendigkeiten weitestgehend durchzusetzen.

Als „Alter“ wird in der Literatur die längste Phase des Lebens benannt. Zur Ausdehnung dieser Phase trug unter anderem die gestiegene Lebenserwartung bei. Sie lag laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2009 für eine 80-jährige Frau bei 9,04 Jahren und für einen 80-jährigen Mann bei 7,67 Jahren (Statistisches Bundesamt, Destatis 2009). Die Ausdehnung dieser Lebensphase ist mit einer „zunehmenden Ausdifferenzierung von Lebensstilen und Lebenslagen verbunden. Dies hat zu einem differenzierten Altersbild in der Gesellschaft geführt“ (Helmer 2007, 102).

Zwar scheint diese Aussage eher zu einem optimistischen Blick in die Zukunft Anlass zu geben. Sie verweist implizite auf die Abkehr von früheren Betrachtungen des Alters als gekennzeichnet durch Abbau und Verluste (auch von Partner, Lebensqualität usw.). So scheinen hier besonders die Ressourcen des Alters im Mittelpunkt zu stehen. Dennoch kann die mit höherem Lebensalter steigende Wahrscheinlichkeit kritischer Lebensereignisse, so der Verlust eines Angehörigen oder des Ehepartners, nicht negiert werden (WohnBund-Beratung Nordrhein-Westfalen 2008, 9), was zu migratorischen Bewegungen (im biologischen Verständnis als eine über den herkömmlichen Aktionsraum hinausgehende Ortsveränderung der betreffenden Person) führt, die wiederum Auswirkungen auf die Gesundheit im Alter, etwaige Pflegebedürftigkeit u. a. m. haben (können).

2.2 Gesundheit im Alter

Vor allem die Gesundheit und die Alltagskompetenzen eines Menschen entscheiden über die Lebensqualität sowie über die Chance der eigenständigen Lebensführung (vgl. Tesch-Römer, Engstler, Wurm, 329). Mit dem Älterwerden kann man insgesamt „*organisch physiologische und morphologische Veränderungen*“ (Homfeldt, 317) beobachten. Diese Veränderungen beziehen sich beispielsweise auf ein abnehmendes Seh- und Hörvermögen und stellen dabei altersbedingte Prozesse dar. Es wäre dennoch falsch, das Alter automatisch mit Krankheit gleichzusetzen. Feststellbar ist lediglich, dass durch die Alterungsprozesse mit einer erhöhten „*Vulnerabilität des Organismus*“ (ebd.) und folglich mit einer erhöhten Empfänglichkeit für krankhafte Veränderungen zu rechnen ist.

Bei einer Befragung im Zuge des deutschen Alterssurveys im Jahre 2002 wurden Frauen und Männer zwischen 40 und 85 Jahren dazu aufgefordert, ihren aktuellen Gesundheitszustand zu bewerten. Die Altersgruppen wurden dabei unterschieden in 40- bis 54-Jährige, 55- bis 69-Jährige sowie 70- bis 85-Jährige. Man berücksichtigte in diesem Zusammenhang lediglich die subjektive Beurteilung, weil davon ausgegangen wurde, dass die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes, auch wenn sie nicht mit dem diagnostizierten Gesundheitszustand übereinstimme, für die Beurteilung der wahrgenommenen Lebensqualität ein wichtiger Indikator sei (vgl. Kohli, Künemund, 103).

Im Ergebnis zeigte sich, dass die gesundheitliche Lage mit zunehmendem Alter immer schlechter beurteilt wird (ebd., 109f.). Darüber hinaus steigt das Risiko, mit zunehmendem Alter an mehreren Krankheiten zu leiden (vgl. BMFSFJ 2010, 21).

So zeigte sich, dass bei den 40- bis 54-Jährigen ca. 40,5% und bei den 70- bis 85-Jährigen ca. 79% ein gleichzeitiges Vorhandensein von mindestens zwei Krankheiten angaben. Beobachtbar war auch, dass Frauen in höherem Alter stärker von Multimorbidität betroffen sind als Männer (vgl. Homfeldt, 317 f.).

Erklärungen werden darin gesehen, dass ältere Frauen häufiger psychosoziale und medizinische Beratung in Anspruch nehmen und darüber hinaus einen höheren Medikamentenverbrauch aufweisen und häufiger sowie länger von Pflege betroffen sind als Männer der gleichen Altersgruppe (vgl. Stiehr, Spindler, 5-12).

Festzuhalten ist, dass Multimorbidität und körperliche Einschränkungen mit zunehmendem Alter immer wahrscheinlicher werden und diese zu erheblichen Beeinträchtigungen von Aktivitäten sowie zu Einschränkungen der selbständigen Lebensführung und der Ausgrenzung vom gesellschaftlichen Leben führen können (vgl. BMFSFJ 2010, 20).

Es wurde allerdings bei den Untersuchungen im Rahmen des Deutschen Alterssurveys auch festgestellt, dass bei Menschen in der zweiten Lebenshälfte

„bereits innerhalb der letzten zwölf Jahre ein Rückgang von Erkrankungen“ (ebd., 26)

festzustellen ist und zunehmend mehr ältere Menschen ihre Gesundheit durch Sport fördern.

Diese Entwicklungen sind auch für die Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens von Bedeutung. Sie werden in Zukunft noch stärker daran interessiert sein, die Gesundheit und Selbständigkeit aller Menschen bis ins hohe Alter hinein aufrecht zu erhalten. Denn

„je besser die Gesundheit älter werdender Menschen, umso geringer wird die Inanspruchnahme von kostenträchtigen Krankenbehandlungen“ (vgl. Tesch-Römer, Engstler, Wurm, 330).

Darüber hinaus könnten ebenso Kosteneinsparungen im Bereich der pflegerischen Versorgung durch ambulante Dienste als auch stationärer Einrichtungen erfolgen. Eine offensivere Nutzung der Möglichkeiten der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) seitens des Bundesgesundheitsministeriums über deren Verwendung als konzeptuelle Grundlage für ein neues Verständnis von Behinderungen (und für die Berichterstattung gegenüber der WHO) hinaus, nämlich in Form einer Anwendung auch auf andere Personengruppen als Menschen mit Behinderung, wäre wünschenswert.

2.3 Finanzielle Situation

Die allgemeinen Ansichten über die finanzielle Situation alter Menschen in Deutschland sind sehr unterschiedlich. So zeigen uns die Medien häufig Bilder von aktiven Alten, welche sich sportlich betätigen, häufig reisen und hochwertige Produkte konsumieren. Auch das Bild spendabler Großeltern, welche ihren Enkelkindern finanziell unter die Arme greifen, ist weit verbreitet. Auf der anderen Seite nehmen Berichte über Altersarmut, Debatten über niedrige Renten und unzureichende Rentenerhöhungen und die damit verbundene Notwendigkeit staatlicher Leistungen zur Aufstockung zu.

Bereits in der Gegenwart kommt es durch die jüngsten Reformen zu erheblichen Einkommensbelastungen für ältere Menschen, welche sich in zukünftigen Generationen noch verstärken werden. So zeigen die Zahlen in Abbildung 1, dass der Hauptanteil des Einkommens der Menschen ab 65 Jahren durch die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) abgedeckt wird. Andere Alterssicherungssysteme machen lediglich 21% der Einkommensquelle aus (vgl. BMFSFJ 2005, 134).

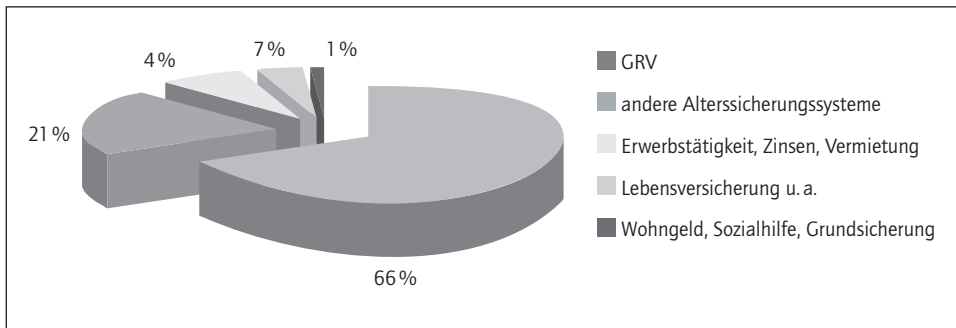


Abb. 1: Die wichtigsten Einkommensquellen von Menschen ab 65 Jahren (BMFSFJ 2005, 135)

Betrachtet man die „jungen Alten“, „mittelalten Alten“ und „alten Alten“, deren Zahl im Laufe der nächsten Jahre steigen wird, ist davon auszugehen, dass sie noch stärker als in vorherigen Generationen als „Wirtschaftsfaktor“ erkannt werden. Die Mitglieder dieser höchst inhomogenen „Gruppe“ werden als Konsumenten für die Marktforschung und für Unternehmensstrategien wie auch für politische Entscheidungsträger in den Vordergrund treten (vgl. BMFSFJ 2005, 186 f.).

Alte Menschen müssen jedoch von unterschiedlichen Seiten betrachtet werden. So wird aus der Einkommenslage älterer Menschen häufig abgeleitet, dass sie verstärkt mit Abgaben belastet werden können, so beispielsweise durch Steuern oder Sozialbeiträge und durch Zuzahlungen im Krankheits- und Pflegefall (vgl. ebd., 187 f.).

Durch derartige Abgaben wird letztendlich das „Einkommensverwendungspotenzial reduziert“ (ebd., 187), was sich schließlich auch auf das Konsumverhalten sowie auf die Chancen einer aktiven Lebensführung auswirken kann und wird.

Insgesamt zeigt sich, dass die finanzielle Situation im Alter durch eine starke Heterogenität geprägt ist. Einkommen und Vermögen werden dabei durch ökonomische, demografische und politische Bedingungen beeinflusst. Zudem spielen persönliche Entscheidungen, die man in Zeiten der Erwerbstätigkeit getroffen hat, ebenfalls eine maßgebliche Rolle. Es wird davon ausgegangen, dass das Armutsrisiko im Alter nicht grundsätzlich höher ist als in anderen gesellschaftlichen Gruppen. Dennoch gehen die Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys davon aus, dass „die gegenwärtig noch moderaten Armuts- und Reichtumsquoten steigen“ (BMFSFJ 2010, 18),

weil die Einkommens- und Vermögensunterschiede in den vergangenen Jahren gewachsen sind. In diesem Zusammenhang hat die Untersuchung des Deutschen Alterssurveys auch ergeben, dass eine wachsende Anzahl von älteren Menschen über einen schlechten Lebensstandard sowie unzureichende Ressourcen berichtete (vgl. ebd.).

Im Zuge künftiger Reformen des Renten- und Gesundheitssystems könnte sich die finanzielle Lage alter Menschen in den nachfolgenden Generationen also deutlich verändern. Ursachen für zukünftig schlechte finanzielle Situationen im Alter könnte die mögliche Auflösung familiärer Unterstützungssysteme oder die fehlende Rücklagenbildung in Zeiten der Erwerbslosigkeit im Lebenslauf sein. Festzuhalten ist ebenso, dass die finanzielle Lage älterer Menschen in ausschlaggebendem Maße auch von der sozialen Schicht, der beruflichen Qualifikation während des Erwerbslebens sowie der Geschlechtszugehörigkeit bestimmt wird (vgl. Künzel-Schön 2000, 101).

2.4 Wohnsituation

Die eigene Wohnung oder das eigene Haus sowie das dazugehörige Wohnumfeld sind für die Selbständigkeit jedes Menschen von erheblicher Bedeutung und erhalten mit zunehmendem Alter einen besonders hohen Stellenwert im Leben. Oft bekommt der eigene Wohnraum mit dem Austritt aus dem Erwerbsleben oder bei Mobilitätsverlust einen besonderen Bedeutungszuwachs, weil er dann zu dem Ort wird, an dem der betroffene Mensch die meiste Zeit seines Tages verbringt. So belegen die Zahlen des Alterssurveys aus dem Jahr 2002, dass ca. 88 % der 70- bis 85-Jährigen mindestens 20 Stunden an einem normalen Werktag in ihrem eigenen Wohnraum verbringen (vgl. Kohli, Künemund, 148).

Gegenwärtig leben in Deutschland ca. 82,2 Millionen Menschen, von denen ca. 20,8 Millionen 60 Jahre und älter sind. Insgesamt leben ca. 36 % der Menschen ab 60 in einem eigenen Haushalt. Dabei lebt die Mehrzahl der über 65-Jährigen allein (52,4 %) oder in einem Zweipersonenhaushalt (42,1 %). Lediglich 5,5 % wohnen in einem Drei- oder Mehrpersonenhaushalt (s. Abb. 2).

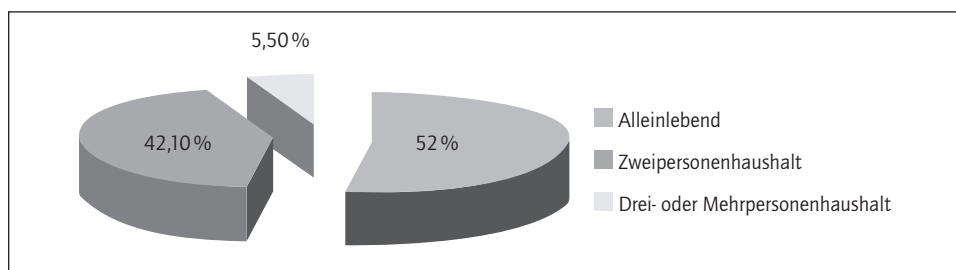


Abb. 2: Haushaltszusammensetzungen der 65-Jährigen und älteren Menschen (Voges, Zinke, 302)

Bis zum 80. Lebensjahr lebt die Mehrzahl der Menschen in eigenem Wohnraum. Dann nimmt die Anzahl der Personen zu, die in Pflegeheimen leben. So wohnen etwa 13 % der 85- bis 89-Jährigen, 25 % der 90- bis 94-Jährigen und 36 % der ab 95-Jährigen nicht mehr in eigenem Wohnraum (vgl. Schulz, E., 50 f.). Insgesamt ergibt sich damit eine Zahl von ca. 6,9 % der über 65-Jährigen, die in Einrichtungen der Altenhilfe wohnen (vgl. Voges, Zinke, 302).

Für die meisten Menschen hat der Wunsch nach einem selbständigen und unabhängigen Leben oberste Priorität und führt bei älteren Menschen dazu, dass sie so lange wie möglich in ihrem eigenen Wohnraum und Wohnumfeld verbleiben möchten. Hinzu kommen Faktoren, welche zur deutlichen Ablehnung eines Wohnungswechsels führen, so beispielsweise eine lange Wohndauer in einem bestimmten Wohnraum oder der Wohnstatus, unter anderem als Eigentümer.

Kommt es schließlich doch für einen alten Menschen zum Auszug aus der eigenen Wohnung oder dem eigenen Haus, verändert dies die Lebenssituation entscheidend und ist darüber hinaus oftmals mit Verlusten und Ängsten verbunden.

Veränderungen wird es daher zukünftig auch im Bereich des Wohnungsmarktes in Deutschland geben, da auch hier auf die steigende Zahl alter Menschen reagiert werden muss. Dies wird vor allem Auswirkungen auf die Gestaltung des Wohnumfeldes und besonders des eigenen Wohnraums haben. Hier geht es z. B. um den Ausbau von Einkaufsmöglichkeiten und der medizinischen Versorgung sowie um barrierefreies Wohnen und altersgerechte Inneneinrichtung.

Ob und wie diese Veränderungen zukünftig vorgenommen werden können, hängt jedoch von verschiedenen Faktoren ab. Dabei spielt die demografische Entwicklung ebenso eine Rolle wie die Entwicklung der Haushalte, des Konsumverhaltens und in entscheidendem Maße auch die Entwicklung der zur Verfügung stehenden Einkommen alter Menschen.

2.5 Familiäre Situation, Partnerschaft und soziale Netzwerke

Die Integration in Gemeinschaften, wie beispielsweise Familie, Nachbarschaft und Freundeskreis, spielt für die persönliche Lebensqualität eine wichtige Rolle. Generell wird davon ausgegangen, dass die zunehmende Lebenserwartung von Menschen

„die Wahrscheinlichkeit für das Zusammenleben von drei bis vier Generationen steigert und die Vielfalt der Lebenskontexte im Prinzip erhöht“ (Stiehr, 98).

Demgegenüber ist zu erkennen, dass mit steigendem Alter die Anzahl der Einpersonenhaushalte zunimmt. Ein geringer Teil der älteren Menschen lebt in einem Mehrpersonenhaushalt mit zwei Generationen und ein verschwindend kleiner Teil lebt mit drei Generationen unter einem Dach (vgl. Tekstra, Gesche-Sieling, 116).

So kann man durch die fortschreitende Individualisierung und Pluralisierung von Lebensläufen schon heute einschneidende Veränderungen in den sozialen und familiären Strukturen erkennen. Sinkende Geburtenraten, zunehmende Scheidungsquoten, eine steigende Zahl von Alleinstehenden und die wachsenden räumlichen Distanzen zwischen einzelnen Familienmitgliedern sollen an dieser Stelle nur die offensichtlichsten strukturellen Veränderungen aufzeigen. Festzuhalten ist jedoch, dass bei allen Diskussionen um die voranschreitende Individualisierung der Menschen keine generelle „*Auflösung von familiären Kontakt- und Unterstützungsnetzwerken*“ (Stiehr, 99) zu erkennen ist. Dennoch finden Veränderungen statt. So heißt es im Dritten Bericht zur Lage der älteren Generation, dass „der größte Teil älterer und alter Menschen gegenwärtig in tragfähige familiäre Netzwerke eingebunden“ (BMFSFJ 2001, 239)

ist. Dabei handelt es sich um haushaltsübergreifende Mehrgenerationenfamilien, welche in regelmäßigem Kontakt zueinander stehen. Somit geht das BMFSFJ davon aus (und nimmt dabei Bezug auf die Befunde des Deutschen Alterssurveys), dass die bereits angesprochene Individualisierung sowie der Wertewandel und eine gestiegene berufliche Flexibilität nicht zur Auflösung familiärer Bindungen geführt haben. Man geht außerdem davon aus, dass

„alte Menschen auch weiterhin in hohem Maße über familialen Austausch, emotionalen Beistand und instrumentelle Unterstützung“ (ebd.)

verfügen. Die Zahlen des Deutschen Alterssurveys aus dem Jahr 2002 scheinen diese Aussage zu bestätigen. So haben 42,2% von den 873 Befragten Personen zwischen 70 und 85 Jahren täglich Kontakt mit einem ihrer Kinder und nur 0,4% geben gar keinen Kontakt an (vgl. BMFSFJ 2005, 183). Die Personen wurden jeweils zu dem Kind befragt, mit welchem sie insgesamt den häufigsten Kontakt hatten (ebd.). Diese positive Perspektive darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Zahl der Menschen, welche über eine nur geringe oder gar keine familiäre Unterstützung verfügen, künftig ansteigen wird. Wie die Ausführungen zum demografischen Wandel bereits gezeigt haben, werden vor allem kinderlose Paare und Alleinstehende sowie verwitwete Personen zu diesen Menschen zählen. Abzuwarten bleibt zudem, ob die Kinderlosigkeit vieler Menschen zu einer „*neuen Risikokonstellation*“ (BMFSFJ 2001, 239) führen wird, welche dann aus einer Kombination von familiärer Vereinsamung und kritischen Lebensereignissen besteht.

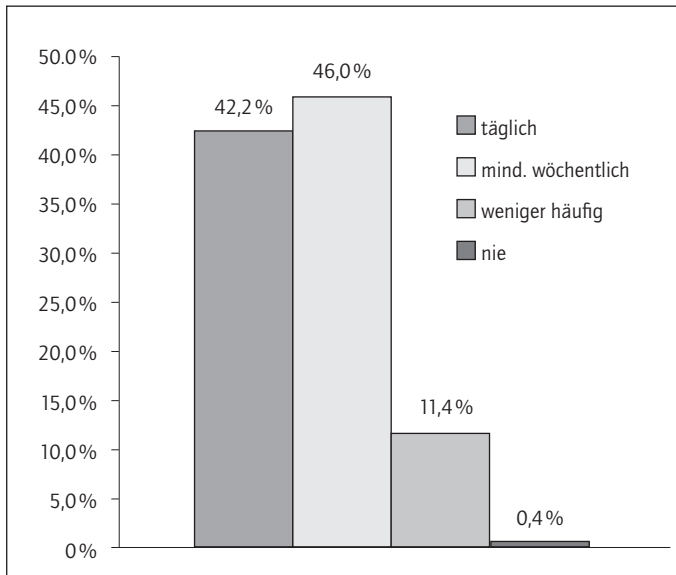


Abb. 3: Kontakthäufigkeit von Menschen zwischen 70 und 85 Jahren zu *einem* ihrer Kinder (BMFSFJ 2005, 183)

Kontakte außerhalb der Familie sind für Menschen in unserer heutigen Gesellschaft ebenfalls von großer Bedeutung und spielen gerade für ältere Personen eine besondere Rolle. Die sozialen Kontakte können vielfältig sein und tragen häufig zur Entlastung des Beziehungsgefüges der Familie bei. So können sich ältere Menschen in verschiedenen Formen der Freizeitgestaltung oder aber auch bei ehrenamtlichem Engagement mit anderen austauschen und dadurch wichtigen Bedürfnissen nachgehen. Beziehungen außerhalb des familiären Gefüges dienen dabei vor allem kommunikativen Austauschprozessen.

„Weit reichende, lang anhaltende und zeitintensive Verpflichtungen“ (BMFSFJ 2001, 240),

wie sie beispielsweise durch Pflege und Betreuung notwendig werden, dürften dabei allerdings kaum durch Nachbarn, Freunde oder Bekannte wahrgenommen werden und bleiben in den meisten Fällen Aufgabe der Familie.

Insgesamt fällt auf, dass mit steigendem Alter starke und belastbare Beziehungen an Bedeutung gewinnen. In diesem Zusammenhang wurde ebenso festgestellt, dass sich das persönliche Netzwerk im Alter verkleinert und die familiären Kontakte in den Vordergrund rücken. Die Sozialpolitik muss sich vor diesem Hintergrund die Frage stellen, wie sich persönliche Netzwerke von Menschen in Zukunft hinsichtlich ihrer Größe und Bedeutung entwickeln. So kann es sein, dass „der Bedarf an Unterstützung durch Staat, Markt und Dritten Sektor“ (Künemund, Kohli, 309)

steigt, weil die Anzahl der alten Menschen in unserer Gesellschaft zunimmt und diese in der Regel nur noch über kleine oder gar keine familiären Unterstützungsnetzwerke mehr verfügen.

2.6 Gesellschaftliche Partizipation

Im Verlauf des demografischen Wandels nimmt die Gruppe der alten Menschen immer weiter zu, während die Zahl der Jüngeren stetig abnimmt. Dieses Wachstum hat aus quantitativer Sicht zur Folge, dass sich die alten Menschen vom Rand der Gesellschaft hin zum Mittelpunkt bewegen. Im Umkehrschluss könnte diese Entwicklung dazu führen, dass die Stellung der alten Menschen

in unserer Gesellschaft an Wert gewinnt und dadurch gleichzeitig auch die Beziehungen zwischen den Generationen beeinflusst werden. Vortmann meint in diesem Zusammenhang, dass „eine lebendige Solidarität in Form von wechselseitigem Austauschhandeln zwischen den Generationen, den Geschlechtern sowie beruflich, familiär und freiwillig engagierten Menschen [...] für eine Gesellschaft von zentraler Bedeutung“ (2001, 42)

ist. An diesem Punkt stellt sich die Frage, ob unsere Gesellschaft gegenwärtig überhaupt Bereitschaft zur Solidarität zeigt.

Austauschprozesse innerhalb von Familien beweisen sich häufig als funktionstüchtig. So wird beispielsweise die zeitweilige Betreuung von Enkelkindern zur Entlastung der Eltern von den Großeltern übernommen. Ebenso erhalten viele pflegebedürftige alte Menschen Unterstützung und Hilfeleistungen von ihren Kindern.

Um Aussagen darüber zu treffen, ob diese Austauschprozesse zwischen den Generationen, unabhängig von verwandtschaftlicher Zugehörigkeit, gesamtgesellschaftlich angestrebt werden, können die Zahlen des Deutschen Alterssurveys hinsichtlich des ehrenamtlichen Engagements alter Menschen zu Hilfe genommen werden: Es lässt sich diesbezüglich eine gleichbleibend hohe gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen erkennen. Der Deutsche Alterssurvey berichtet in diesem Zusammenhang von ca. 30% der 70- bis 85-Jährigen, die im Jahr 2008 ehrenamtlich aktiv waren. Im Vergleich zum Jahr 2006 entspricht dies einem Anstieg von sechs Prozent (vgl. BMFSFJ 2010, 31).

Diese Zahlen beziehen sich auf außerhäusliche Betätigungen, Weiterbildungsangebote sowie politisches Engagement in Vereinen oder Organisationen und zeigen, dass Aktivitäten und Kontakte außerhalb der eigenen vier Wände zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Die demografischen Entwicklungen werden zukünftig ebenfalls Auswirkungen auf das Selbstkonzept alter Menschen haben und somit zu einer zunehmenden gesellschaftlichen Partizipation und Mitbestimmung führen. Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen wird sich dann zwar auch auf eine stärkere Nutzung von Dienstleistungen beziehen (nicht nur im Rahmen medizinischer Behandlungen und Pflege, sondern auch in anderen wirtschaftlich relevanten Bereichen), aber sich zusätzlich darüber hinaus in einer

„größeren Mitverantwortung bei der Suche nach gesellschaftlich anerkannten und persönlich befriedigenden Rollen ausdrücken“ (Heuft, Kruse, Radebold, 25).

Die Chance der gesellschaftlichen Partizipation liegt darin, dass möglichst viele Menschen ihr Alter in einer produktiven und sinnvollen Weise leben können. Sie sollten eine Teilhabe erfahren, in der sie sich mit anderen Menschen austauschen können, Erfahrungen weitergeben und die Gestaltung ihres Lebens weiterhin bei ihnen selbst liegt und deren Intensität sie selbst bestimmen.

Es lässt sich feststellen, dass sich die Lebenslagen älterer Menschen sehr unterschiedlich gestalten und man trotz einer allgemein erkennbaren Verbesserung der Lebensqualität nicht die risikobehafteten Lebenslagen, welche durchaus vorhanden sind und sich in den kommenden Jahren möglicherweise ausbauen werden, übersehen darf. Vortmann beschreibt in diesem Zusammenhang eine wachsende Polarisierung und unterscheidet dabei „*positives Alter*“ und „*negatives Alter*“. Bezüglich des „*positiven Alters*“ geht sie von einer

„ressourcenreichen [...] verbesserten Lebenslage partizipierend von einem allgemein durchschnittlich angehobenen Niveau des Lebensstandards“ (2001, 25) aus.

Das „*negative Alter*“ dagegen sei geprägt durch die Auswirkungen von Langzeitarbeitslosigkeit, Erwerbsunfähigkeit, steigenden Scheidungsraten sowie die wachsenden Zahlen von Alleinerziehenden und stelle damit eine potenzielle Gefahr der finanziellen Not im Alter dar (vgl. ebd.).

Aus den sehr unterschiedlichen Biographien und Lebenslagen alter Menschen in Deutschland ist leicht abzuleiten, dass alte Menschen, gleich allen anderen Kohorten, keine homogene Gruppe darstellen. Menschen können sich aufgrund ihrer materiellen, gesundheitlichen und sozialen Situation sowie durch ihre Lebensläufe und Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Partizipation erheblich voneinander unterscheiden. Um diese Unterschiede besser deuten und darauf eingehen zu können, ist es unabdingbar, die Einheit von Komplexität und Zeit zu berücksichtigen,

„wobei die Beachtung der ‚Eigenzeit‘ des ‚Systems Mensch‘ die Beachtung der Komplexität erzwingt, die erst in der Zeit erkennbar ist, wofür die Akzentuierung der Komplexität eine Berücksichtigung der Eigenzeit notwendig macht“ (Wessel 2002, 9).

Das „*Problem*“ einer immer älter werdenden Bevölkerung betrifft nahezu alle gesellschaftlichen Bereiche, verändert sie und erfordert schließlich auch einen gesellschaftlichen Wandel. So steht der Sozialstaat vor dem Problem der Finanzierung der Renten sowie der Gesundheitskosten und muss sich in diesem Zusammenhang mit Fragen der Gerechtigkeit zwischen den Generationen auseinandersetzen. Gleichzeitig sieht die Wirtschaft ein enormes Potenzial im Alter und lässt völlig neue Wirtschaftszweige entstehen. Für die Wissenschaften, wie beispielsweise die Medizin und die Psychologie, ergeben sich neue Forschungsperspektiven (Schweppe, 34).

Bereits heute ist zu erkennen, dass neue Altersbilder entstehen, welche durch Aktivität und Produktivität gekennzeichnet sind. Die Soziale Arbeit, vor allem im Bereich der Altenhilfe, kann einen erheblichen Beitrag leisten und sich den Herausforderungen des Alters und des Alterns stellen.

2.7 Einsatz- und Aufgabengebiete Sozialer Arbeit in einer alternden Gesellschaft

Um sich der Sozialen Arbeit im Bereich der Altenhilfe zu nähern, soll im Folgenden zunächst die Entwicklung seit Ende des Zweiten Weltkrieges näher betrachtet werden. Anschließend wird darauf eingegangen, in welchen verschiedenen Betätigungsfeldern der Altenhilfe die Soziale Arbeit zukünftig ansetzen und sich weiter entwickeln kann.

2.7.1 Die Entwicklung sozialer Altenhilfe im geschichtlichen und politischen Verlauf ab 1950 in der BRD

2.7.1.1 Entwicklungen ab 1950

Gesellschaft und Politik waren nach dem Zweiten Weltkrieg vor allem damit beschäftigt, die Folgen des Krieges zu überwinden. Hauptanliegen war es, das allgemeine soziale Versorgungsnetz wieder herzustellen. Dabei hatte die Herausarbeitung einer eigenständigen Politik für die älteren Teile der Bevölkerung keine Priorität. Ab Ende der 1950er Jahre begannen sich Politik und Wissenschaft mit Themen des Alters auseinanderzusetzen. So wurde im Jahre 1961 mit der Einführung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) die Altenhilfeverordnung, welche sowohl mit einer Rentenreform als auch mit dem Ausbau von Einrichtungen für ältere Menschen – wie beispielsweise speziellen Begegnungsstätten – einherging, im § 75 verankert (vgl. Schmidt 2008, 215 f.).

In diesem Zusammenhang wurden u. a. auch das Kuratorium Deutsche Altenhilfe und die Einrichtung des Fachausschusses Altenhilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege gegründet, welche ihr Interesse nicht nur auf die materiellen Belange älterer Menschen

richteten, sondern auch die strukturellen und sozialen Probleme im Fokus hatten (vgl. Aner, 35 ff.). Anfang der 1970er Jahre wurde in Berlin das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) gegründet. Damit etablierte sich eine erste wissenschaftliche Einrichtung, die Forschungen im Bereich der Altenhilfe sammeln und koordinieren sollte und darüber hinaus die Öffentlichkeit über die Probleme des Alterns aufklärte. Mit dem „Heimgesetz“ von 1974 und der „Heim-Mitwirkungsverordnung“ von 1976 wurden nicht nur die Rechte von Heimbewohnern gestärkt. Vielmehr rückten nun auch die Bedürfnisse und sozialen Belange alter Menschen ins politische und öffentliche Interesse und entfachten dadurch Diskussionen über die Einbindung von sozialen Diensten und den Ausbau sozialer Versorgung im Bereich der Altenhilfe. Man debattierte darüber, ob die sozialen Hilfen für alte Menschen überhaupt professionalisiert werden sollten und in welchem Maße bzw. in welcher Form dies durch Sozialarbeiter geschehen könnte (vgl. Schmidt 2008, 215).

Es wurde erkannt, dass ein erhöhter Bedarf an qualifiziertem Personal bestand, was in der Konsequenz zu einem Anstieg an Ausbildungsplätzen und damit auch zu einer Aufwertung entsprechender Ausbildungen führte (vgl. Aner, 36 ff.). Vorrang hatte zu dieser Zeit aber vor allem die materielle Sicherung im Alter. Die darüber hinaus gehenden Bedürfnisse alter Menschen, welche sich beispielsweise aus deren verschiedenen Lebenslagen ergaben, wurden erst später als Aufgabenbereich und Handlungsfeld sozialer Altenhilfe wahrgenommen.

2.7.1.2 Bedeutungszuwachs in den 1980er Jahren

Seit den 1980er Jahren rückte das Thema „Alter“ verstärkt in den Blickpunkt der Politik und damit auch der Sozialen Arbeit. Dies hatte hauptsächlich mit dem „demografischen Bedeutungszuwachs von Altenpolitik“ (Aner, Karl, 9) zu tun, welcher in den Jahren zuvor kaum Beachtung fand.

So führten die politischen Auseinandersetzungen mit dem demografischen Wandel zum Ausbau der sozialen Altenhilfe und in diesem Zusammenhang zu einer „Ausdifferenzierung der altersspezifischen Dienste und Einrichtungen“ (ebd.).

Die veränderten Lebenslagen alter Menschen und der nachrückenden Generationen traten verstärkt in den Blick der Politik. Alte Menschen selbst machten ebenfalls auf ihre Situation aufmerksam und gründeten u. a. Seniorenvertretungen wie den Deutschen Seniorenring e. V., die außerhalb bestehender Seniorenvereinigungen der Parteien und Verbände in die Öffentlichkeit traten, sowie die „Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen“, aus der Ende der 1980er Jahre die Partei „Die Grauen – Graue Panther“ hervorging. Diese neue Selbstwahrnehmung der alten Menschen in Deutschland wurde zu einer „altenpolitischen Herausforderung“ (Aner, 38), weil sich die Betroffenen nun selbst in das politische Geschehen einmischten. Trotz dieser Neuausrichtungen im Bereich der Altenhilfe und -politik gewannen die sozialen Aspekte erst in den 1990er Jahren weiter an Bedeutung. Man sah die Schwerpunkte des Handlungsbedarfs in den Bereichen der sozialen Sicherungssysteme, der Entwicklung neuer Wohnkonzepte und der strukturellen Veränderung der Altenhilfe in den neuen Bundesländern sowie in der staatlich organisierten Unterstützung bei der Minimierung des Pflegerisikos (vgl. ebd., 41).

Schwierigkeiten für die Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit mit alten Menschen ergaben sich Mitte der 1990er Jahre mit der Einführung des SGB XI und den darin enthaltenen Regelungen. So wurde beispielsweise im SGB XI das Arbeitsfeld der Pflege eindeutig dem Gesundheitswesen zugeordnet, wodurch das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in diesem Bereich eingeschränkt wurde (vgl. Aner, 49).

Ende der 1990er Jahre trafen die nachlassenden öffentlichen Einnahmen und der

„mit den sozialen Problemen wachsende Finanzbedarf“ (ebd., 41)

auf neoliberale Problemlösungsstrategien. Damit wurden auch für den gesamten sozialen Bereich marktwirtschaftlich ausgerichtete Maßnahmen, so z. B. leistungsbezogene Vergütung, Produkt- und Kundenorientierung, thematisiert und setzten die Anbieter sozialer Dienstleistungen unter bisher in diesem Maße nicht bekannten Druck.

2.7.1.3 Gegenwärtiger Stand

Heute unterliegt der Bereich der sozialen Altenhilfe immer noch gesetzlichen Regelungen, die hauptsächlich präventive und offene Angebote im Blickfeld haben. Dabei lässt der Gesetzgeber relativ offen, von welchen Berufsgruppen diese Angebote erbracht werden sollten. Somit ist zwar grundsätzlich ein sehr breites Betätigungsfeld für die Soziale Arbeit mit alten Menschen gegeben. Doch gleichzeitig schafft diese Offenheit Raum für andere, oft unprofessionelle „Anbieter“. Allerdings weisen jüngere Entwicklungen, u. a. das Fachkräftegebot, den Weg in professionellere Bahnen und auch in Richtung einer größeren gesellschaftlichen Anerkennung der Berufsfelder der Sozialen Arbeit. Dies ist die Konsequenz aus der Genese der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen seit Ende der 1980er Jahre an Bedeutung gewinnt, wobei der Antrieb solcher Entwicklungen, die meist durch die Kommunen und Länder geschieht. Aufgrund des sozialen Wandels und der demografischen Prozesse haben diese erkannt, dass

„verschiedene Strukturdefizite im Bereich der Altenhilfe“ (Schmidt 2008, 215)

durch den Einsatz von Sozialer Arbeit bewältigt werden können.

Dabei muss aber beachtet werden, dass gerade die offenen Angebote der Sozialen Arbeit von den Kommunen größtenteils als freiwillige Leistungen angesehen werden. In diesem Zusammenhang ist die Ausgestaltung der Angebote stark von der Finanzkraft der jeweiligen Kommune abhängig sowie von deren Engagement, welches

„unübersehbar mit Bundes- und Landesmodellprogrammen korrespondiert“ (Aner, 48).

Diese Abhängigkeit von der finanziellen oder auch inhaltlichen Ausrichtung sozialpolitischer Fördermittel führt nicht selten dazu, dass die Arbeitsplätze in diesen Bereichen unsicher sind. Außerdem erscheint problematisch, dass dadurch langfristig die konzeptionellen Entwicklungen derartiger Projekte erschwert werden und damit auch die nötigen Aus- und Fortbildungen für die jeweiligen Fachkräfte nicht adäquat geplant und umgesetzt werden können (vgl. ebd., 48 f.).

Das Hauptaugenmerk liegt innerhalb der Altenhilfe insgesamt immer noch auf Pflege und Betreuung, so dass die Soziale Arbeit in all ihren Möglichkeiten weniger Berücksichtigung findet. Dennoch ist die Profession der Sozialen Arbeit für die Altenhilfe attraktiv, da sie mit ihrem

„Methodenspektrum, ihrer besonderen Paradigmatik und professionellen Haltung gegenüber sozialen Problemen“ (Schmidt 2008, 216)

im Vergleich zu anderen Fachkräften der Altenhilfe am geeignetsten erscheint, um auf

„veränderte Bedarfslagen und sich ausdifferenzierende Anforderungsprofile“ (ebd.)

zu reagieren. In diesem Zusammenhang lassen sich Ansätze des Umdenkens erkennen, in denen versucht wird, die Handlungsfelder sozialer Altenarbeit zu unterteilen und das Betätigungsfeld der Sozialen Arbeit vor allem auf zwei Bereiche festlegen: die offene Altenarbeit

„für die Zielgruppe der jüngeren, weniger Belasteten unter den älteren Menschen“ (Aner, 33),

in der es z. B. um die Unterstützung bei Problemen im Übergang vom Erwerbsleben in ein Leben nach der Berufstätigkeit geht, und die Altenhilfe für die meist stark eingeschränkten „alten Alten“, welche sich in einer abhängigen Lebenssituation befinden und von Krankheit oder Behinderung betroffen sind (vgl. Schmidt 2008, 216).

Darüber hinaus kann die Soziale Arbeit im Bereich der Altenhilfe in einen direkten und einen indirekten Ansatz unterteilt werden. Direkte Leistungen richten sich dabei an die alten Menschen selbst. Indirekte Leistungen beziehen sich auf das Hilfesystem oder die Umweltbedingungen der verschiedenen Dienste und Einrichtungen. In der Praxis sollen beide Ansätze ineinander greifen (vgl. ebd.).

In den letzten Jahren entstand ein breites Spektrum an verschiedenen Einrichtungen, Diensten, Angeboten und Maßnahmen für ältere Menschen. Oft lässt sich eine Struktur innerhalb der Vielfalt dieser Möglichkeiten nur schwer erkennen und wird zudem durch die Uneinheitlichkeit der Begriffe wie Altenarbeit, Altenhilfe oder soziale Altenarbeit, die sich in ihrem Gegenstandsbereich nur unklar definieren lassen, noch zusätzlich erschwert (Schweppe, 332).

Wichtig ist, dass sich die Soziale Arbeit im Bereich der Altenhilfe von ihren fürsorgerischen Wurzeln distanziert. Im Hinblick auf den demografischen Wandel und die Lebens- und Problemlagen alter Menschen, die allein schon einen ausreichenden Betätigungsrahmen für die Soziale Arbeit darstellen, sollten sich die in der Sozialen Arbeit Tätigen bewusst sein, dass sie in ihrer Arbeit mit alten Menschen mittelfristig nicht (mehr) mit einer gesellschaftlichen Randgruppe umgehen. Nicht nur aus diesem Grund ist es geraten, dieser Klientel in interdisziplinärer Abstimmung gegenüber zu treten, Selbstbestimmung auf der Grundlage eines individuumszentrierten Herangehens zu ermöglichen bzw. dazu beizutragen und schließlich aktivierend zu wirken.

2.7.2 Zum System der Altenhilfe in Deutschland

Die Altenhilfe nimmt neben der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung eine zentrale Rolle im Altenhilfesystem Deutschlands ein. Die gesetzliche Grundlage für die Altenhilfe ergibt sich aus dem § 75 des SGB XII, welcher die Kommunen zur Entwicklung einer eigenständigen Altenhilfe-Infrastruktur verpflichtet. Demnach soll alten Menschen neben sonstigen Hilfen des SGB XII, wie beispielsweise der Hilfe zur Pflege oder zum Lebensunterhalt, auch Altenhilfe gewährt werden (vgl. Schmidt 2008, 217). In diesem Sinne ist die Altenhilfe gehalten, dazu beizutragen

„die durch das Alter entstehenden Schwierigkeiten zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen“ (ebd.).

Die Altenhilfe soll fester Bestandteil im sozialen Sicherungssystem sein und

„umfasst Veranstaltungen, Dienste und Einrichtungen zu Gunsten älterer Menschen“ (Schulz, A., 30).

Grundlage dafür bilden nicht die Versorgungsleistungen aus einer Sozialversicherung, sondern

„das Ziel der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und der Umgang mit sozialen, ökonomischen, kulturellen oder personenbezogenen Dimensionen der Zielgruppe“ (ebd.).

Dabei lässt sich die Altenhilfe in zwei Teilbereiche unterteilen:

- nach SGB XII §§ 61 ff. in Hilfe zur Pflege, welcher Hilfs- und Pflegebedürftigen finanzielle Unterstützung zur Bedarfsdeckung bietet;
- nach SGB XII § 71 in Altenhilfe, welche die allgemeinen Hilfen zur Gestaltung der Altersphase vorsieht (vgl. ebd.).

Die Altenhilfe nach SGB XII § 71 umfasst folgende Leistungen:

- Leistungen zu einer Betätigung und zum bürgerschaftlichem Engagement,
- Leistungen bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entgegenkommen,
- Beratung und Unterstützung bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes sowie bei Fragen zum Wohnen in einem Pflegeheim,
- Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste,
- Leistungen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen,
- Leistungen, die alten Menschen die Verbindung mit nahe stehenden Personen ermöglichen (Vgl. SGB XII, § 71 Abs. 2 Nr. 1-6).

Die rechtlichen Vorgaben im Bereich der Altenhilfe sind relativ offen gehalten und können daher bei der tatsächlichen Ausgestaltung und Umsetzung sehr unterschiedlich ausfallen. In diesem Zusammenhang spielt es auch eine Rolle, welche Aufmerksamkeit, Bedeutung und wie viel Engagement die einzelnen Kommunen dem Bereich der Altenhilfe zukommen lassen und welcher finanzielle Spielraum ihnen dabei zur Verfügung steht (vgl. Hammerschmidt, 29).

2.7.3 Soziale Arbeit im Bereich der offenen, ambulanten, teilstationären und stationären Altenhilfe und ihre Rolle im interdisziplinären Team

Bei der sozialen Altenhilfe handelt es sich um ein noch relativ junges Arbeitsfeld. Dennoch ist dieser Bereich durch Wachstum und eine Vielfalt an unterschiedlichen Konzepten, Diensten, Angeboten, Einrichtungen und Maßnahmen gekennzeichnet. Vor diesem Hintergrund fällt es nicht nur Außenstehenden schwer, eine gewisse Systematik zu erkennen. Dennoch haben sich auch bei der Sozialen Arbeit im Bereich der Altenhilfe die üblichen Unterteilungen in offene, ambulante, teilstationäre und stationäre Altenhilfe durchgesetzt.

Die Soziale Arbeit in der offenen Altenhilfe ist ein sehr weitläufiges Arbeitsfeld, welches „wenig übergreifende und klare Konturierungen“ (Schwepe, 332)

erkennen lässt. Dieser Bereich umfasst hauptsächlich die Arbeit mit alten Menschen im Bildungs-, Kultur- und Sozialbereich. Dabei schließt die Soziale Arbeit Maßnahmen für alte Menschen ohne schwerwiegende und dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen genauso ein wie „*pflegeflankierende Maßnahmen*“ (ebd.). Mithin finden ältere Menschen in diesem Bereich viele Angebote, welche in ihrer Gesamtheit grundsätzlich sehr niedrigschwellig sind. Dazu zählen z. B. Freizeitangebote jeglicher Art, bürgerschaftliches Engagement, Beratungsdienste und Bildungsangebote.

Die ambulante Altenarbeit bezieht sich in ihrer Tätigkeit auf ältere Menschen, die durch physische, psychische oder kognitive Beeinträchtigungen auf Hilfe angewiesen sind um ihr Leben zu

bewältigen. Der Schwerpunkt liegt in diesem Bereich oft darin, das Leben im eigenen Wohnraum zu erhalten (vgl. Kittl-Satran, Simon, 226). Beispiel hierfür ist das Ambulant Betreute Wohnen.

Im teilstationären Bereich der Altenhilfe sind bislang die geringsten Entwicklungen hinsichtlich Sozialer Arbeit zu erkennen. Die Schwerpunkte der Sozialen Altenhilfe liegen dort in der Ergänzung mobiler bzw. ambulanter Dienste und einer Entlastung

„der familiären Betreuung in Tageskliniken, geriatrischen Tagespflegeheimen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie Tagesbetreuungsstätten bzw. Tageszentren“ (ebd.).

In den Bereichen der stationären Altenarbeit, die in Krankenhäusern und Altenpflege- bzw. Altenwohnheimen stattfindet, fungiert die Soziale Arbeit vor allem im Bereich der Beratung, Vermittlung, Organisation, Administration und Koordination (ebd.).

Die Soziale Arbeit im Bereich der Altenhilfe findet ihr Betätigungsfeld vorrangig in der stationären Altenarbeit und den dort angegliederten einrichtungsspezifischen Sozialdiensten innerhalb von Institutionen wie beispielsweise Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen. In Abbildung 4 wird das Verhältnis von Alten- und Pflegefachkräften zu Diplom-Sozialarbeitern deutlich. Die Zahlen zeigen, dass zum Zeitpunkt der Erhebung im ambulanten Bereich der Altenpflege von 440.000 Voll- oder Teilzeitbeschäftigten 48,5% Alten- und Pflegefachkräfte (entspricht 133.886 Personen) 0,8% Diplom-Sozialarbeitern (entspricht 5.349 Personen) gegenüberstanden. Im stationären Bereich waren es 31,2% Alten- und Pflegefachkräfte zu 1,2% Diplom-Sozialarbeitern (BMFSFJ 2002, 232).

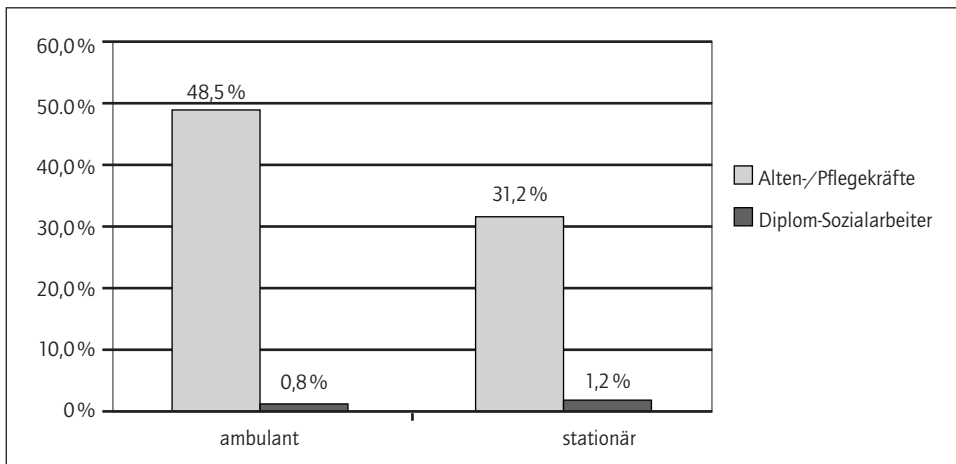


Abb. 4: Verhältnis von Alten-/Pflegefachkräften zu Diplom-Sozialarbeitern in der Altenpflege (BMFSFJ 2002, 232)

Daraus könnte der Schluss gezogen werden, dass es keinen höheren Bedarf an Sozialarbeitern im Bereich der Altenhilfe zu geben scheint und die sich im Alter ergebenden Problemfelder wahrscheinlich sehr gut von anderen Fachkräften abgedeckt werden können.

Da der Gesetzgeber nicht vorgibt, welche Disziplinen oder Professionen in einem Dienst bzw. einer Einrichtung der Altenhilfe tätig sein müssen, werden in der Praxis nicht zwingend Sozialarbeiter eingestellt. Geregelt werden nur die Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft und die Leitung einer Einrichtung sowie das Verhältnis von Fachkräften zu Nichtfachkräften in der Betreu-

ung und Pflege alter Menschen (vgl. Schmidt 2010, 182 f.). Die Entscheidung liegt im Ermessen der Träger eines Dienstes bzw. einer Einrichtung.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang,

„dass sich nach Einführung des SGB XI bundesweit kein übergreifendes Aufgabenprofil von Sozialer Arbeit in der ambulanten oder stationären Pflege“ (ebd., 182)

herausgebildet hat und, dass es keine gesetzlichen Regelungen für die Installation von Sozialdiensten speziell in Alten- und Pflegeheimen gibt. So hat sich also

„bundesweit keine einheitliche Überzeugung oder gar Praxis herausgebildet, wo Fachkräfte einzusetzen sind und wo nicht“ (Schmidt 2008, 218).

Welchen Stellenwert die Soziale Arbeit im Bereich der Altenhilfe zukünftig erreichen wird, hängt stark davon ab, welche Kompetenzen sie vor allem ins multiprofessionelle Team einbringen kann und wie sich diese von den Kompetenzen anderer Fachkräfte unterscheiden. Es muss also gerade für den Träger einer Einrichtung ersichtlich werden, welche Vorteile bzw. welchen Gewinn es bringt, wenn ein Sozialarbeiter tätig wird.

Zur Rolle der Sozialen Arbeit im interdisziplinären Team: Die Soziale Arbeit versucht grundsätzlich, den Menschen

„in seiner individuellen Eigenart und Entwicklung, seinem soziokulturellen Lebensraum und seiner ökonomischen Situation“ (Kraus, Hegeler, 100)

wahrzunehmen. Sie unterscheidet sich von anderen Berufsgruppen darin, dass sie

„nicht einen Teilbereich menschlicher Existenzbedingungen in den Mittelpunkt stellt, sondern die Problematik von Einzelnen, Gruppen und Gemeinwesen in ihrem lebensstypischen und gesellschaftlichen Zusammenhang sieht und angeht“ (Künzel-Schön, 82).

Charakteristisch für die Umsetzung dieser Ziele ist, dass sich die Soziale Arbeit bei der Umsetzung an bestimmten Konzepten orientiert und diese anwendet, wie beispielsweise die Lebensweltorientierung, Ressourcenorientierung, Biographie-Orientierung und Kompetenzorientierung (vgl. Kraus, Hegeler, 100 f.). Dringend erforderlich ist die Nutzung des übergeordneten Konzeptes der biopsychosozialen Einheit Mensch, das auch durch die WHO angewendet wird.

Vor allem die Kompetenzorientierung mit dem Ziel, die Handlungskompetenzen des alten Menschen zu stärken, stellt einen wichtigen Anknüpfungspunkt für die Soziale Arbeit im multiprofessionellen Team im Bereich der Altenhilfe dar. Hier geht es hauptsächlich darum, dass der alte Mensch

„die Überzeugung seiner eigenen Wirksamkeit“ (ebd., 101) beibehält und dass „effektive Formen der Auseinandersetzung mit altersbezogenen Anforderungen und Belastungen“ (ebd.)

erarbeitet werden.

Bei genauer Betrachtung dieser Konzepte ist zu erkennen, dass sie klientenorientiert sind, also an erster Stelle die Interessen und Bedürfnisse der betroffenen Person im Blick haben. Damit steht die Soziale Arbeit auch in der Altenhilfe und den darin angegliederten Einrichtungen und Diensten vor dem Problem des doppelten Mandats und siedelt sich mit ihrer Arbeit zwischen den Bedürfnissen der alten Menschen einerseits und den Interessen der Einrichtung andererseits an. Doch genau an diesem Punkt ist die Soziale Arbeit vielen anderen Berufsgruppen einen Schritt voraus. Denn ihr kommt hier eine

„jahrzehntelange Erfahrung aus dem Schnittstellenmanagement zwischen Sektoren, Institutionen, Berufsgruppen, Akteuren und Lebenswelten und aus der Vernetzung von Unterstützungsleistungen und Angeboten“ (Kraus, 82)

zugute, welche sie offensiv im Bereich der Altenhilfe einsetzen kann.

Im Unterschied zu den Pflegekräften, bei denen im Umgang mit dem Menschen die Behandlung erkrankungsbedingter Defizite im Vordergrund steht und somit die Interventionen hauptsächlich krankheitsbezogen erfolgen, setzt die Soziale Arbeit an der Lebenswelt bzw. Lebenssituation des betroffenen Menschen an (vgl. Kraus, Hegeler, 85).

Es gilt jedoch zu bedenken, dass sich die Konzepte bzw. Handlungsprinzipien, an denen sich die Soziale Arbeit orientiert und ihre Handlungen ausrichtet, zunehmend auch aus dem Bereich der Pflege aufgegriffen und umgesetzt werden. Soziale Arbeit sollte also nicht lediglich daran festhalten, sondern mit ihrem Wissen und ihren Handlungskompetenzen offensiv umgehen und dies(e) offensiv an die Pflege weitergeben, um so einen wichtigen Beitrag in der Ausbildung für Altenpfleger zu leisten. Möglicherweise wäre sie in der Lage, sich als feste Instanz zu etablieren, die Probleme der Beziehungsarbeit, der Selbständigkeit alter Menschen und der sozialen Integration in den Vordergrund stellt. Sie könnte einen wichtigen Beitrag bei der Aufklärung über Bedürfnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen alter Menschen und über deren Interessen und Probleme in der Gemeinschaft bzw. der Gesellschaft leisten und damit das biopsychosoziale Konzept verstärkt in die Ausbildung wie auch in das praktische Handeln von Altenpflegern integrieren.

Eine Erweiterung der Handlungsfelder in Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe wäre angezeigt. In diesem Zusammenhang wird die Erschließung der indirekten Leistungen zukünftig an Bedeutung gewinnen. Neben den bereits angesprochenen Möglichkeiten der Mitwirkung im Bereich der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften der Altenpflege können noch andere Handlungsfelder von der Sozialen Arbeit profitieren, welche

„das Hilfesystem bzw. die Umwelt- und Organisationsbedingungen von Diensten und Einrichtungen“ (Schmidt 2010, 183) betreffen. Hinzu kämen außerdem „*managerielle Anforderungen (z. B. Generierung neuer Dienstleistungen, Projekt- und Konzeptentwicklung, Qualitätsmanagement)*“ (ebd.), die das Profil der Sozialen Arbeit neben den direkten und indirekten Leistungen für Pflegebedürftige und deren Angehörigen institutionsbezogen abrunden würden.

Doch auch darüber hinaus gibt es Handlungsbereiche, die – im Hinblick auf die weitreichende Ausbildung von Sozialarbeitern – wohl grundsätzlich nur mit einer einschlägigen Ausbildung professionell ausgeübt werden können. Die jüngsten Impulse der Gesetzgeber, die auf eine Stärkung der „*Versorgungsintegration und Ambulantisierung der Pflege*“ (ebd.) abzielen, könnten zu einer stärkeren Nachfrage nach Kompetenzen von Sozialarbeitern führen.

2.8 Salutogenetische Orientierung

Aaron Antonovsky relativiert im Salutogenese-Konzept die pathologische Orientierung der Medizin. Sein integrativer Ansatz einer Akzeptanz der großen Vielfalt möglicher Betrachtungsweisen von „*Gesundheit*“ und „*Krankheit*“ gab Anlass zur Neuorientierung in der praktischen Tätigkeit von Ärzten, Pflegekräften, Rehabilitationsfachkräften, Sozialarbeitern und Psychologen. Antonovsky wies in diesem Zusammenhang auch auf Nutzungsmöglichkeiten seines Konzeptes in der Geriatrie hin, um so Verständnis und daraus erwachsendes Handeln zu vereinfachen. Mit der Frage nach Ursachen für die Position der jeweiligen Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bezieht er die – zumindest in ihrer Gesamtheit – nicht zu eliminierenden „*krankheitsverursachenden*“ biologischen Grundlagen, psychonervalen Prozesse oder diverse negativ wirkende Lebensumstände ein. Als wesentlich werden Generalisierte Widerstandsressourcen (GRRs) und das Kohärenzgefühl begriffen. Antonovsky impliziert, dass letztlich der einzelne Mensch

Gesundheit oder Krankheit für sich definieren muss. Weil er den Menschen als biopsychosoziale Einheit wahrnimmt, erkennt er, dass der Patient noch weniger aktiver Teilnehmer an den ihn betreffenden therapeutischen Eingriffen sein könnte, wenn sein gesamtes Leben in die Therapie einbezogen würde. Hier werden die oben angesprochenen Fragen der Selbstbestimmung des Menschen berührt – z. B. hinsichtlich der Entscheidung, ab welchem Zeitpunkt er sich einer Therapie unterzieht. Doch erwartet wird ein primär anderes Verhalten:

„Die perspektivische Ausrichtung der Medizin ist auch heute noch überwiegend pathogenetischer Natur. Eine wesentliche Grundannahme besagt, dass akzessorische, notwendige und hinreichende Entstehungsbedingungen von Krankheiten identifiziert werden können. Zu solchen ‚Pathogenen‘ gehören z. B. Gendefekte, Bakterien, Viren, Chemikalien/Noxen sowie psychosoziale Faktoren, Stressoren und Risikofaktoren. Es wird davon ausgegangen, dass jede diagnostizierte Krankheit eine bestimmte Ätiologie aufweist und für jede Krankheit entsprechende Therapien abgeleitet werden können, welche die Modifizierung bzw. Beseitigung der ‚Pathogene‘ vorsehen. Dies sind die wesentlichen Inhalte der Krankheitsbehandlung oder Heilung.“ (Schulz, Wiesmann 2008, 3)

Es stellt sich allerdings die Frage, wie mit den gesundheitlichen Konsequenzen aus der zivilisatorischen Entwicklung des Menschen bis hin zur Demenz umgegangen wird. Denn hier können biotisch bzw. biopsychisch entstandenen Problemlagen nicht durch biomedizinische Maßnahmen gelöst werden. Dazu bedarf es der biopsychosozialen Herangehensweise (vgl. Anmerkung am Ende des Beitrages).

Dieses ganzheitliche Herangehen fordert interdisziplinäre Aktivitäten:

„Die Aktualität in Antonovskys Ansatz besteht unter anderem in der notwendigen Interdisziplinarität. Hier ist die Chance gegeben, disziplinär gewonnene Erkenntnisse in ein umfassendes Konzept zu integrieren, eine orientierende Rückwirkung auf die disziplinäre Forschung zu ermöglichen und somit der Komplexität eines Systems, das nur in seiner Entwicklung erkannt werden kann, stärker gerecht zu werden (vgl. Karl-Friedrich Wessel). Der Psyche, die durch Wessel als ‚konstituierendes Moment der ontogenetischen und phylogenetischen Entwicklung des Menschen‘ verstanden wird, soll besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden“ (Schulz, Wiesmann 2008, 4).

Die Psyche des Menschen spielt in zwei spezifischen Formen eine besondere Rolle: bei Menschen mit geistiger Behinderung und bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Menschen mit geistiger Behinderung bevorzugen im Alter das Leben in kleinen, gemeindeintegrierten Wohnungen mit Öffnung nach außen im Gegensatz zu Wohnheimen, oder großen Pflege- bzw. Behinderteneinrichtungen (vgl. Theunissen 2009, 373).

Theunissen plädiert allerdings für eine darüber hinaus gehende Öffnung und gibt an

„dass kleine häusliche Wohnformen in der Gemeinde unabhängig einer Schwere der Behinderung, des Alters oder der Pflegebedürftigkeit einer Person positive Lebenserfahrungen ermöglichen können. [...] Deshalb sollten entsprechende Konzeptionen, die unter anderem auch Menschen mit Lernschwierigkeiten und Demenz miteinbeziehen, zum Programm erklärt werden“ (Theunissen 2007, 408).

Hier könnte sich eine Weiterentwicklung der Konzeption von Antonovsky anbieten, nämlich eine Modifikation der Vorstellung von der Orientierung auf den positiven Pol des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums. Bei Menschen mit Demenz besteht Unterstützungsbedarf bei diesem Prozess, in fortgeschrittenen Stadien wird er durch die betroffene Person überhaupt nicht mehr kognitiv beeinflusst. An dieser Stelle könnte den Generalisierten Widerstandsquellen eine besondere Bedeutung zukommen:

„Entscheidend für die Klärung der Umstände einer adäquaten Spannungsbewältigung ist nach Antonovsky, auf welche Ressourcen eine Person zurückgreifen kann. Antonovsky formuliert nun den Begriff der Generalisierten Widerstandsquellen (generalized resistance resources, GRR) als ‚jedes Merkmal einer Person, Gruppe oder Umwelt, das eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern kann‘.

Beispiele für GRRs sind:

- Wissen und Intelligenz
- Ich-Identität
- Rationalität
- Flexibilität und Weitsichtigkeit beim Lösen von Problemen
- präventive Gesundheitsorientierung (Vermeiden von Stressoren, Aufsuchen von Vorsorgeuntersuchungen, Bewegung und körperliche Aktivität)
- physikalische und biochemische GRRs (Immunsystem etc.)
- materieller Wohlstand
- soziale Unterstützungssysteme
- intakte Sozialstrukturen
- eine funktionierende Gesellschaft

Im ‚inneren Milieu‘ des Individuums müssen diese verschiedenen GRRs koordiniert, gewichtet und organisiert werden. Ihre funktionale Gemeinsamkeit liegt in dem Kohärenzgefühl (sense of coherence) begründet, das zu einer erfolgreichen Spannungsbewältigung beiträgt. Antonovsky stellte drei konstituierende Dimensionen heraus: Verstehbarkeit (comprehensibility), Bewältigbarkeit (manageability) und Sinnhaftigkeit (meaningfulness)“ (Schulz, Wiesmann 2008, 6).

Auch wenn Wissen und Intelligenz, Ich-Identität und Rationalität verloren gegangen sind, ist es möglich, die Betroffenen mit Hilfe sozialer Unterstützungssysteme auf der Grundlage intakter Sozialstrukturen würdig zu begleiten.

Hier scheint eine Erweiterung des Normalisierungsprinzips, das ursprünglich im Zusammenhang der sozialen Integration von Menschen mit Behinderung beschrieben wurde, möglich zu sein.

2.9 Normalisierungsprinzip

Beim Normalisierungsprinzip handelt es sich ursprünglich um ein normatives Orientierungsprinzip für die soziale (und pädagogische) Gestaltung humaner Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderung. Es wurde im Jahre 1972 durch Bank-Mikkelsen im Zusammenhang mit dem 1959 in Dänemark erlassenen „*Gesetz über die Fürsorge für geistig Behinderte und andere besonders Schwachbegabte*“ aufgestellt. Im Mittelpunkt seiner Überlegungen stehen Menschen mit einer geistigen Behinderung. Bank-Mikkelsen fordert, dass dieser Personenkreis ein Leben führen können muss, welches so „*normal*“ wie möglich ist. Eine Annäherung an herkömmliche Lebensformen der Gesellschaft sollte erfolgen. Hierzu seien Bildungsmaßnahmen oftmals unerlässlich, um eine annähernd gleiche Ausgangsbasis auch für beeinträchtigte Menschen zu schaffen (vgl. Antor, Bleidick 2001, 82 f.).

Durch das Normalisierungsprinzip wird die Notwendigkeit der Sicherung gleicher Rechte für alle Bürger postuliert, so dass auch für geistig behinderte Menschen grundsätzlich gleiche Lebensbedingungen existieren. Es geht nicht darum, Menschen mit Behinderung an die vorherrschenden Gegebenheiten anzupassen bzw. „*normal zu machen*“, sondern die Betroffenen in ihrer individuellen Art und Weise zu respektieren und ohne Einschränkungen in die Gesellschaft zu integrieren.

„Was geistig behinderte Menschen an Hilfen und Diensten brauchen, hat als ‚normal‘ zu gelten.“ (Speck 1999, 173).

Hier liegt der Vergleich mit Diensten, die andere Menschen in Anspruch nehmen und die als „*normal*“ gelten, nahe: Schulen, Ärzte- und Krankenhäuser, Arbeits- und Freizeitmöglichkeiten. Zudem wird die Abkehr von tradierten isolierenden Massenunterbringungsformen in separierten Institutionen gefordert. Die Betroffenen sollen in die Gesellschaft integriert und nicht in spezifischen, vom Rest der Gemeinschaft getrennten Einrichtungen betreut werden. Es wird davon gesprochen, ein

„kulturell geachtetes Leben führen [zu] können“ (ebd.).

Hier wird der Begriff der Normalisierung mit sozialer Integration gleichgesetzt und somit ein in Bank-Mikkelsens Feststellungen implizierter Gedanke hervorgehoben: neben vielen anderen Möglichkeiten die Nutzung öffentlicher Einrichtungen und Verkehrsmittel statt „Sonder“-Einrichtungen. Auch Werkstätten für behinderte Menschen kommt die Rolle eines Sonderarbeitsmarktes zu. Hier strebt man ein Höchstmaß an beruflicher Qualifikation und die Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt an. Es wird das Ziel verfolgt, den Klienten Hilfe zu geben, damit sie einen dauerhaften Platz auf dem Arbeitsmarkt und somit in der Gesellschaft erhalten.

Das Normalisierungsprinzip ist geeignet, die Würde des behinderten Menschen zu schützen. Dennoch können auch in seiner Anwendung Grenzen und Hindernisse auftreten.

Das Normalisierungsprinzip dient auch im pädagogischen Bereich der Begründung und Legitimation entsprechenden Handelns. Hervor zu heben ist besonders die Abkehr von der Defizit-Sichtweise auf den Klienten. Indem lebensgeschichtliche Bezüge und lebensweltliche Zusammenhänge betrachtet werden, erfahren allgemeine und individuelle Erziehungsbedürfnisse besondere Beachtung. Nicht zuletzt individuell abgestimmte Bildungsangebote verdeutlichen, dass es innerhalb der Normalisierungsbestrebungen darum geht, Veränderungen der aktuellen Wirklichkeit zu erreichen, nämlich allen Menschen ein Leben zu ermöglichen, das „so normal wie möglich ist“.

Der pädagogische Ansatz im Rahmen des Normalisierungsprinzips versteht sich als „Hilfe zur Selbsthilfe“. Pädagogisch-fürsorgliche Gedanken müssen in den Hintergrund treten. Wenn die Voraussetzungen gegeben sind, sollte stets der selbständig handelnde Mensch im Mittelpunkt stehen.

Dennoch muss beachtet werden, dass durch pädagogisch qualifizierte Maßnahmen nicht jedes Verhalten verändert werden kann. Betrifft die Behinderung Prozesse, die nicht willentlich gesteuert werden können, werden bislang Maßnahmen zur Annäherung an die Normalität als ungerechtfertigt betrachtet. Die zu erreichende Normalität sei den neurologischen Voraussetzungen des Betroffenen anzupassen und wäre nur anzustreben, wenn die willentliche Kontrolle über das eigene Verhalten möglich ist. Die Voraussetzungen hierfür seien in jedem Menschen individuell unterschiedlich angelegt. Dies bedeute, dass die Annäherung an die Normalität auch individuell unterschiedlich und von einer Fülle an biopsychosozialen Gegebenheiten abhängig wäre (vgl. Lob-Hüdepohl, Lesch 2007, 218).

Da wiederum Normalität nicht eindeutig zu definieren ist, ergibt sich hieraus eine neuerliche Vielfalt von Möglichkeiten. Die angedeutete Erweiterung des Prinzips in Form einer Anwendung auf Menschen mit Demenz könnte darin bestehen, die Abläufe soweit wie möglich ihren früheren Tagesabläufen anzugleichen und somit Residuen ihrer früheren Individualität zu bewahren. Ansätze eines vergleichbaren Vorgehens gibt es bereits, doch eine konzeptionelle Einbindung der Tätigkeiten wäre nötig, ebenso die Integration der Teilkonzepte in das übergeordnete Modell der Biopsychosozialen Einheit Mensch, um der Komplexität des nur in seiner Entwicklung begreifbaren Gesamtsystems sowohl in der jeweiligen Ontogenese als auch im Zuge der Phylogenese gerecht zu werden.

Bedeutung für ontogenetische und phylogenetische Entwicklungen weist auch die Erhöhung des Durchschnittsalters auf. Damit steigt zudem der Bedarf an Pflegeleistungen.

2.10 Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Die Pflegeversicherung als eine der fünf Säulen der Sozialversicherung in Deutschland neben Unfallversicherung, Rentenversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung sichert das finanzielle Risiko einer Pflegebedürftigkeit ab und soll dem Versicherten ermöglichen, trotz Einschränkungen ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Die Versicherung wurde 1995 in zwei Schritten eingeführt: bei häuslicher Pflege am 1. April 1995 und bei stationärer Pflege am 1. Juli 1996.

Nach dem Grundsatz „*ambulant vor stationär*“ wurde die Pflegeversicherung seit dieser Zeit in verschiedenen Schritten modifiziert. Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, welche unter dem Dach der Krankenkassen angesiedelt sind (vgl. Medizinischer Dienst der Krankenkassen, MDK, 2006, 12). Versicherungspflichtig sind die Personen, die auch in der Krankenversicherung Beiträge leisten und Arbeitnehmer, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind (Czysz 2011).

Der monatliche Beitrag zur Pflegeversicherung liegt bei 1,95 % des Bruttoeinkommens. Dabei teilen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer den Beitrag, so dass beide jeweils 0,975 % übernehmen.

Eine Ausnahme bildet das Bundesland Sachsen. Hier liegt die Verteilung etwas anders: Arbeitgeber zahlen 0,475 % und Arbeitnehmer 1,475 % des Brutto-Einkommens. Zur Begründung wird der zusätzliche Feiertag (Buß- und Bettag) angeführt.

Seit dem 1. Januar 2005 gibt es eine zusätzliche Regelung für kinderlose Personen: kinderlose Beschäftigte ab dem 23. Lebensjahr müssen einen Zuschlag von 0,25 % leisten, welchen sie allein tragen. Der Zuschlag wurde jedoch nicht von älteren Arbeitnehmern, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, erhoben. (Da dieser Personenkreis mittlerweile aus dem Berufsleben ausschied, ist der erwähnte Passus nunmehr gegenstandslos.) Der Beitrag kinderloser Versicherter steigt somit auf 1,225 % des Bruttoeinkommens. Es gibt jedoch eine Beitragsbemessungsgrenze. Diese lag im Jahr 2011 bei 44.500 Euro (2010 bei 44.950 Euro) Jahreseinkommen (ebd.).

2.10.1 Der Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die gesetzliche Grundlage der Pflegeversicherung bildet das Sozialgesetzbuch XI. Darin sind die Vorschriften zur Pflegebedürftigkeit erläutert:

„Pflegebedürftig [...] sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße Hilfe bedürfen“ (SGB XI 2005, 1251).

Des Weiteren werden Krankheiten und Behinderungen genannt, welche in diesem Zusammenhang relevant sind, wie z. B. Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Lähmungen oder ähnliches.

Die genannte Hilfe umfasst laut § 14 (3) SGB XI die Unterstützung in Form der teilweisen oder vollständigen Übernahme von Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens bzw. die Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel, diese Handlungen (wieder) selbständig ausführen zu können. Diese Verrichtungen beinhalten Waschen, Duschen, Zahnpflege, Rasieren usw. im Bereich der Körperpflege; mundgerechte Zubereitung und Nahrungsaufnahme im Bereich der Ernährung; Aufstehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppen steigen u. ä. im Bereich der

Mobilität und Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Wäschewechsel etc. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Pflegebedürftigkeit lässt sich laut § 15 SGB XI in verschiedene Stufen unterteilen (vgl. SGB XI 2005, 1251 f.; Beine et al. 178):

Pflegestufe I = erhebliche Pflegebedürftigkeit

Diese Einstufung erhalten Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegestufe II = schwere Pflegebedürftigkeit

Diese Einstufung erhalten Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe benötigen und zusätzlich mehrfach in der Woche auf Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung angewiesen sind.

Pflegestufe III = schwerste Pflegebedürftigkeit

Diese Einstufung erhalten Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder Mobilität rund um die Uhr (tagsüber und nachts) Hilfe benötigen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung bedürfen. Sind diese Voraussetzungen erfüllt und die geleistete Hilfe übersteigt diese dennoch, tritt die Härtefallregelung ein, z. B. wenn auch nachts regelmäßig zwei Pflegepersonen benötigt werden oder die Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung bzw. der Mobilität täglich durchschnittlich sieben Stunden erfordert, wobei mindestens zwei Stunden auf die Nacht (22 bis 6 Uhr) entfallen.

Im Jahr 2008 kam es zur Einführung der zusätzlichen Betreuungsleistung – auch als Pflegestufe 0 bekannt. Diese ist im § 45 b, SGB XI geregelt. Seit dieser Zeit werden Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, wie z. B. bei Demenz oder Depressionen, bei der Einstufung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt.

Um eine der genannten Pflegestufen zu erhalten, muss der Versicherte einen Antrag auf Leistungen bei der Pflegekasse stellen. Die Pflegekasse leitet diesen Antrag an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen weiter, welcher bei einem Hausbesuch bei dem Betroffenen vor Ort ein Gutachten über die aktuelle Pflegesituation erstellt (vgl. MDK 2006, 15; Baumgartner et al. 2003, 33 f.). Dieses Gutachten trägt Empfehlungscharakter für die Pflegekasse, die aufgrund der Einschätzung des ihnen vorliegenden Berichtes des MDK eine Entscheidung bezüglich der Leistungen trifft. Je nach Pflegestufe und versorgender Institution (ambulant oder stationär) erhält der Versicherte Unterstützung.

2.10.2 Ambulante Versorgung

Bei ambulanter Pflege handelt es sich um die Betreuung und Versorgung in der häuslichen Umgebung, mit dem Ziel, dass der Betroffene so lange wie möglich in dieser verbleiben kann (vgl. SGB XI §§ 3 ff.).

Bei dieser Versorgungsform werden verschiedene Formen der Leistungen unterschieden (vgl. AOK 2011):

2.10.2.1 Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Versicherte, wenn die Pflege von Angehörigen oder Bekannten ehrenamtlich übernommen wird. Im Jahr 2011 lagen die Beträge bei:

Pflegestufe I: 225 Euro monatlich

Pflegestufe II: 430 Euro monatlich

Pflegestufe III: 685 Euro monatlich

2.10.2.2 Pflegesachleistungen

Pflegesachleistungen werden für die Pflege durch ambulante Pflegedienste gezahlt. Die Dienste rechnen direkt mit der Pflegekasse ab, im Jahr 2011 bis zu folgenden Beträgen:

Pflegestufe I: 440 Euro monatlich

Pflegestufe II: 1040 Euro monatlich

Pflegestufe III: 1510 Euro monatlich

2.10.2.3 Kombinationsleistung

Kombinationsleistung ist eine Kombination aus Pflegegeld und Sachleistungen. Nach der Abrechnung durch den Pflegedienst wird das verbleibende Pflegegeld anteilig an den Versicherten ausgezahlt.

2.10.2.4 Zusätzliche Betreuungsleistung (SGB XI, § 45b)

Diese Leistung kann in Anspruch genommen werden, wenn die Pflegekasse das Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz bestätigt (siehe oben). Es handelt sich dabei um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung:

Grundbetrag: 100 Euro monatlich

erhöhter Betrag: 200 Euro monatlich.

Die Leistung kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

2.10.2.5 Verhinderungspflege (SGB XI, § 39)

Wenn die pflegenden Angehörigen wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder anderer Gründe die Pflege nicht ausführen können, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 28 Tage je Kalenderjahr in Höhe von maximal 1510 Euro im Jahr (Stand 2011). Die Pflege muss in dieser Zeit von einer Pflegeperson übernommen werden, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist und nicht mit ihm in einer häuslichen Gemeinschaft lebt. Diese Leistungen erhalten Versicherte erst, wenn bereits mindestens sechs Monate lang eine Pflegestufe vorgelegen hat.

2.10.3 Stationäre Versorgung

Stationäre Pflege ist erforderlich, wenn der Versicherte nicht mehr in der häuslichen Umgebung versorgt werden kann. Die Pflege erfolgt dann ganztägig bzw. vollstationär, z. B. in einem Pflegeheim (SGB XI, § 43).

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben in ihren Pflegebedürftigkeitsrichtlinien folgende Kriterien für die Erforderlichkeit der stationären Pflege festgelegt (vgl. Schieferstein 2011):

- Fehlen einer Pflegeperson
- fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen
- drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegepersonen
- drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung des Pflegebedürftigen
- Eigen- oder Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen
- räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen und durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nicht verbessert werden können
- bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III wird die Erforderlichkeit der stationären Pflege unterstellt

Bei dieser Versorgungsform wird ein festgesetzter Betrag von der Pflegekasse an die versorgende Einrichtung ausgezahlt. Dabei handelt es sich um Pauschalbeträge für die Kosten der stationären Grundpflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege.

Die Beiträge lagen im Jahre 2011 bei (vgl. AOK 2011):

Pflegestufe I: 1023 Euro monatlich

Pflegestufe II: 1279 Euro monatlich

Pflegestufe III: 1510 Euro monatlich

(Härtefall: 1825 Euro monatlich)

2.10.3.1 Teilstationäre Versorgung

Unter teilstationärer Pflege wird die zeitweise Betreuung einer pflegebedürftigen Person in einer Einrichtung verstanden. Sie kann in Anspruch genommen werden, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn diese zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist (vgl. SGB XI, § 41). Teilstationäre Versorgung wird im Einzelfall gewährt, z. B. wenn die Pflegeperson arbeiten geht oder wenn aus anderen Gründen eine regelmäßige Entlastung sinnvoll ist und der Pflegebedürftige in diesem Zeitraum nicht unbeaufsichtigt bleiben kann. Eine teilstationäre Versorgung wird meist zur Unterstützung der ambulanten Versorgung genutzt (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, bpa, 2008, 56).

2.10.3.2 Tages- oder Nachtpflege

In dieser Zeit wird der Pflegebedürftige umfassend versorgt. Zur Tagespflege gehören vor allem Leistungen zur Grundpflege und Betreuung; konkrete therapeutische Maßnahmen, wie z. B. Bewegungsübungen, Gedächtnistraining und medizinische Behandlungspflege, wie z. B. Medikamentengabe oder Verbandswechsel. Die Nachtpflege dient zur nächtlichen Absicherung der Betreuung, z. B. für Menschen, die nachts aktiv sind.

Werden gleichzeitig Leistungen der Tages- oder Nachtpflege und ambulanter Pflege genutzt und werden dabei die Pflegesachleistungen bzw. das Pflegegeld vollständig ausgeschöpft, hat der Pflegebedürftige Anspruch auf weitere 50% der vollen Sachleistung seiner Pflegestufe (ebd.).

2.10.3.3 Kurzzeitpflege

Bei Kurzzeitpflege handelt es sich um eine kurzzeitige Betreuung in einer vollstationären Einrichtung, wenn die Pflege zu Hause vorübergehend nicht oder noch nicht im erforderlichen Umfang möglich ist. Diese Versorgung kann genutzt werden für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich sind (vgl. SGB XI, § 42). Diese Versorgungsform kann bis zu vier Wochen pro Jahr in Anspruch genommen werden. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten in Höhe von maximal 1510 Euro (Stand 2011).

2.10.4 Zur aktuellen Entwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Die genannten Ausführungen bilden derzeit die Grundlagen zur Bestimmung und Leistungsauszahlung bei Pflegebedürftigkeit. Allerdings werden diese seit einiger Zeit sehr kritisch betrachtet (Bundesministerium für Gesundheit, BMG, 2009, 9 und 13 ff.). Unter anderem

„würden wesentliche Aspekte, wie beispielsweise die Kommunikation und soziale Teilhabe, ausgeblendet und der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu wenig berücksichtigt“ (Beirat 2009, 11).

Daher berief das BMG bereits am 10. Oktober 2006 einen Beirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein (BMG 2009, 16 f.). Dieser Beirat entwickelte einen Entwurf zur Neudefinition des Begriffes der Pflegebedürftigkeit. Darin heißt es:

„Pflegebedürftig sind Personen, die nach näherer Bestimmung der folgenden Sätze Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche oder psychische Schädigungen, Beeinträchtigungen körperlicher, kognitiver oder psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können“ (BMG 2009, 43 f.).

Dabei sind die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bzw. der Fähigkeitsstörungen in verschiedenen, vom Beirat nachfolgend aufgelisteten Bereichen/Modulen gemeint:

- Mobilität
- Kognitive Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Daraus folgt eine neue Einteilung der Pflegebedürftigkeit in fünf Bedarfsgrade auf einer numerischen Skala von 0 bis 100 (BMG 2009, 38 f.):

0 bis 9 Punkte:	Keine Pflegebedürftigkeit
10 bis 29 Punkte:	Bedarfsgrad B1 – geringe Pflegebedürftigkeit
30 bis 49 Punkte:	Bedarfsgrad B2 – erhebliche Pflegebedürftigkeit
50 bis 69 Punkte:	Bedarfsgrad B3 – schwere Pflegebedürftigkeit
70 und mehr Punkte:	Bedarfsgrad B4 – schwerste Pflegebedürftigkeit
Bedarfsgrad 4 + besondere Bedarfskonstellation: Bedarfsgrad B5	

Dieser erarbeitete Entwurf einer Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs findet derzeit jedoch (noch) keine Umsetzung und Anwendung in der Praxis.

2.10.5 Pflegende Personen

Wie im Vorfeld beschrieben, steht Pflegebedürftigkeit nicht immer in Verbindung mit Erkrankungen. Vor allem im Alter gelangen Menschen öfter in Situationen, in denen sie ohne Hilfe nicht zurechtkommen würden, z. B. wenn körperliche oder geistige Kräfte nachlassen. Bereits bei einer drohenden Beeinträchtigung sollten Informationen bzw. eine erste pflegerische Unterstützung eingeholt werden.

So stellt sich die Frage: Wer kann diese Unterstützung leisten bzw. wer pflegt? Dabei wird zwischen drei Arten von Pflege unterschieden: Selbstpflege, Laienpflege und professionelle Pflege.

Alle drei verfolgen gemeinsame Ziele (Baumgartner et al. 2003, 9):

- Erhaltung und Förderung der Gesundheit
- durch Krankheit, Behinderung oder Lebenskrisen entstandene Beeinträchtigungen so gut wie möglich zu beseitigen oder erträglich zu gestalten
- bei Auseinandersetzungen mit „Unausweichlichem“ zu begleiten, z. B. im Sterbeprozess oder bei einer unheilbaren Erkrankung

2.10.5.1 Selbstpflege

Unter dem Begriff der Selbstpflege wird die Bereitschaft, Verantwortung für die Erhaltung der eigenen körperlichen und psychischen Gesundheit zu übernehmen, verstanden. Dies beinhaltet auch die Erkennung und Beurteilung von Krankheitssymptomen, deren Medikation und Behandlung. Jeder Mensch betreibt Selbstpflege aufgrund seines erworbenen Wissens und bezieht diese ausschließlich auf die eigene Persönlichkeit (ebd.; Dröber et al. 2004, 976).

2.10.5.2 Laienpflege

Unter Laienpflege, auch unter dem Begriff der Angehörigenpflege bekannt, wird „die Betreuung eines Pflegebedürftigen durch Personen ohne berufliche Qualifikation in der Pflege“ (DBfK 2009, 8), z. B. durch Ehepartner, Kinder, Freunde, Nachbarn, ehrenamtliche Helfer usw. verstanden. Die Durchführung der Pflegemaßnahmen beruht meist auf Erfahrungen, Wissen aus verschiedenen Medien, Anlernsituationen o. ä.

Die gesetzliche Pflegeversicherung unterstützt Laienpflege u. a. durch die Zahlung von Pflegegeld (siehe oben). Wenn Angehörige in diesem Rahmen pflegerische Tätigkeiten übernehmen, sind sie sozialversicherungspflichtig, um Rentenansprüche zu gewährleisten. Es handelt sich dabei allerdings nicht um eine Erwerbstätigkeit, so dass Pflegegeld nicht der Lohnsteuerpflicht unterliegt.

Meist sind pflegende Angehörige bei der Erbringung der Pflege einer sehr hohen Belastung ausgesetzt, vor allem wenn die Pflege über einen längeren Zeitraum erbracht wird (ebd. 9):

- zeitliche Belastung (z. B. ständige Anwesenheit)
- körperliche Belastung (z. B. schweres Heben)
- finanzielle Belastung (z. B. für zusätzliche Unterstützung)
- familiäre Belastung (z. B. Partner bzw. Kinder fühlen sich vernachlässigt)
- Isolation (z. B. weniger Kontakt zu Freunden und Bekannten)
- fehlende Anerkennung

- Veränderung der eigenen Lebensplanung (z. B. eigene Familienplanung)
- Veränderung der Beziehung zum Pflegebedürftigen in Bezug auf Übernahme von Verantwortung, Kommunikation im Pflegeprozess bis hin zu Schuldgefühlen

2.10.5.3 Professionelle Pflege

Eine professionelle Pflegefachkraft

„ist eine nach bundeseinheitlich geregelten Alten- bzw. Krankenpflegegesetz dreijährig ausgebildete Person, welche die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Altenpfleger/in führen darf“ (DBfK 2009, 11).

Pflegefachkräfte übernehmen verschiedene Aufgaben, wie die Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses, aber auch die Steuerung, Koordination und Organisation der Versorgungsprozesse des Pflegebedürftigen bei einer ambulanten, teilstationären oder stationären Versorgung.

- professionelle Pflege (Landesfachbeirat Pflege Bremen 2005, 5) ist gekennzeichnet durch:
- fachliche Kompetenz
- Methodenkompetenz
- sozial-kommunikative Kompetenz
- personale Kompetenz
- ökonomische, ökologische Kompetenz

Im Pflegeprozess werden Pflegefachkräfte von Pflegehilfskräften unterstützt. In der stationären Versorgung muss die Quote der Pflegefachkräfte bei mindestens 50% liegen (Heimpersonalverordnung, HeimPersV, § 5).

In der Praxis ergänzen sich häufig Selbst-, Laien- und professionelle Hilfe. Bei einer Pflegesituation handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen bzw. Interagieren, welches in einer Koproduktion der genannten Formen erbracht werden kann. Alle Beteiligten nutzen die vielseitig vorhandenen Kompetenzen. So kann eine gegenseitige Einbindung, Beteiligung und Übernahme von Verantwortung stattfinden (DBfK 2009, 12 f.).

2.11 Pflege und Salutogenese

Politisch bekommt die Thematik der Gesundheitsförderung und Prävention, nachdem sie in den 1990er Jahren aus der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) gestrichen wurde, seit einiger Zeit wieder eine höhere Relevanz. So entstand im Jahr 2005 ein Entwurf des „*Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention*“ (Deutscher Bundestag 2005). Es wurde jedoch bis heute nicht verabschiedet.

Die Diskussion zur Professionalisierung beschäftigt sich auch intensiver mit der Relation von Pflege und Gesundheitsförderung. In diesem Zusammenhang werden erweiterte bzw. neue Aufgabenbereiche für Pflegende gesehen. Um diese Neu- bzw. Umorientierung im Pflegebereich zu verdeutlichen, wurde im neuen Krankenpflegegesetz (KrPflG) u.a. die Berufsbezeichnung „*Krankenschwester/Krankenpfleger*“ geändert in „*Gesundheits- und Krankenpfleger/in*“ (KrPflG, § 1).

Verschiedene Pflegewissenschaftler betrachten die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Pflege im Zusammenhang mit Antonovskys Modell der Salutogenese (s. o.). Bartholomeyczik zeigt in ihrem Artikel „*Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte in der Pflege*“ auf, dass

Gesundheitsförderung ein wichtiger Bestandteil von Pflege und in allen Phasen von Gesundheit und Krankheit möglich und nötig ist (2006, 210 ff.). Sie beschreibt, dass Pflege nach wie vor zu stark an der vollständigen Übernahme pflegerischer Maßnahmen orientiert ist. Als Beispiel dafür nennt sie die Orientierungspunkte bei der Einschätzung eines Pflegebedürftigen für eine Pflegestufe bzw. die Leistungsgewährung im SGB XI, wenn durch ärztliche Therapie oder Rehabilitation keine Besserung eintritt. Sie weist weiterhin auf eine verwirrende Benutzung der Begriffe Prävention und Rehabilitation im Zusammenhang mit Pflege in den Sozialgesetzbüchern hin. Teilweise, so Bartholomeyczik, werden die Begriffe starr voneinander getrennt betrachtet, bzw. die Aussage getroffen,

„dass Pflege etwas anderes ist als Rehabilitation und Prävention, und beide nichts mit Pflege zu tun haben“ (ebd., 212).

Die Autorin weist auf den Paradigmenwechsel vor über 15 Jahren hin, den Patienten als Subjekt in einer aktiven Rolle zu sehen und nicht als Objekt einer liebevollen Pflege. Ein Wechsel in der Art des Denkens und Handelns sei erfolgt, so dass

„pflegen zuallererst heißt, die Kompetenzen wiederherzustellen bzw. zu fördern, die die autonome Bewältigung des Alltags ermöglichen, dass die Förderung vorhandener Ressourcen hierfür im Vordergrund steht“ (ebd.).

Mit der Verwendung der Begriffe „Förderung“ und „Ressourcen“ zielt Bartholomeyczik auf die Thematik der Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung wird laut der Autorin in den Gesundheitswissenschaften als übergeordneter Begriff verwendet. Sie beinhaltet alle Prozesse, die Menschen dazu befähigt, die Kontrolle und Bewältigung von Gesundheitsproblemen zu beherrschen und ihre Gesundheit zu verbessern. Demnach ist sie nicht spezifisch auf Krankheiten ausgerichtet, sondern auf eine allgemeine Stärkung der Gesundheit. An dieser Stelle zieht Bartholomeyczik die Theorie der Salutogenese von Antonovsky hinzu. Sie erklärt kurz die Inhalte der Salutogenese hinführend zur Frage, was den Menschen, trotz krankmachender Faktoren, gesund hält.

„So wird aus der Pathogenese die Salutogenese, aus der Krankheitsentstehung die Gesundheitsentstehung, ein umfassender Erklärungsversuch, geboren aus der Erkenntnis, dass Stress krank macht, aber eben nicht alle.“ (Bartholomeyczik 2006, 213)

Die Autorin weist darauf hin, dass die genannte Frage nach der Gesundheit Gegenstand vieler Theorien und Forschungsprojekte ist. Sie stellt daher die Übertragung des Konzeptes der Salutogenese in konkretes Pflegehandeln in Frage und betrachtet dies kritisch. Das Modell diene eher als Erklärungs- statt als Maßnahmenmodell (ebd.).

Auch Brieskorn-Zinke beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Salutogenese in der Pflege und ist ebenfalls der Meinung, dass Pflege und Pflegewissenschaft wichtige und notwendige Beiträge zur Gesundheit in der Bevölkerung leisten. Voraussetzung sei die Erarbeitung und Fundierung einer Wissensbasis.

„Meiner Überzeugung nach kann das Modell der Salutogenese von Antonovsky und seine Weiterentwicklung beim Aufbau einer solchen Wissensbasis entscheidende Hilfestellung geben.“ (Brieskorn-Zinke 2000, 374)

Für Brieskorn-Zinke stellt Gesundheit einen fokussierten Teilbereich der Pflege dar. Es gehe ihr nicht um eine Theorieentwicklung, sondern um die Auseinandersetzung von Pflege und Gesundheit, weil diese bei der Zielstellung im Pflegeprozess eng verbunden sind. Zu Beginn erläutert die Autorin die Grundgedanken des Konzeptes der Salutogenese bis hin zur zentralen Frage: „*Was hält den Menschen gesund?*“. Anhand dieser stellt sie im weiteren Verlauf die (mögliche) Bedeutung für die Pflege vor. Laut Brieskorn-Zinke können Pflegenden, anders als bei der krankheitsbezogenen Perspektive, Menschen mit besonders gut verlaufenden Genesungsprozessen verfolgen und he-

rausfinden, welche Umstände dafür ausschlaggebend sind. In pflegewissenschaftlichen Modellen sei Gesundheit, aufgrund der unterschiedlichen Zugangsweisen, konzeptionell nicht einheitlich gefasst. Entweder ist der gesundheitliche bzw. „*krankheitliche*“, an medizinischen Normen orientierte, Status gemeint oder Gesundheit wird als idealistischer Zustand der Ganzheit bzw. des Ganzen oder aber als Zustand der Unabhängigkeit gesehen (Brieskorn-Zinke 2000, 375). In vielen Pflegetheorien schließt allerdings der Gesundheitsbegriff alle Stadien der Krankheit mit ein. Brieskorn-Zinke ist der Ansicht, das Begriffspaar Gesundheit und Krankheit beizubehalten, sie aber nicht als einander ausschließende Zustände, orientiert an Antonovskys Kontinuum, zu sehen. Dieses Kontinuum inklusive verschiedener Weiterentwicklungen

„biete gerade für die Pflege einen Orientierungsrahmen, in dem sich die komplexe Wirklichkeit eines erkrankten und pflegebedürftigen Menschen gut abbilden lässt“ (ebd.).

Der jeweilige Platz eines Patienten im Kontinuum ergibt sich laut der Autorin aus der dynamischen Interaktion zwischen den Belastungen und Ressourcen auf allen Ebenen des Seins. Somit bestimmt nicht nur die ärztliche Diagnose die Position – diese ergibt sich aus dem professionellen Gespräch des Gesundheitsexperten mit dem Patienten und/oder seinen Angehörigen. In einem solchen Gespräch stehen nicht die spezifische Erkrankung und ihre Folgen im Mittelpunkt, sondern die Lebenssituation und Teile der Lebensgeschichte unter Berücksichtigung heilsamer und gesundheitsförderlicher Ressourcen. Dies treffe, so Brieskorn-Zinke, die Kern- und Aufgabebereiche pflegerischer Handlungsfelder. So kann aufgezeigt werden, bei welchen Aktivitäten des täglichen Lebens Menschen pflegerische Unterstützung benötigen. Pflegende müssen sich auf den Patienten und seine Bewegungen im Kontinuum konzentrieren und beobachten, welche Kräfte die Bewegung in eine positive oder negative Richtung erklären. Dieser Blick sei unerlässlich für angemessene pflegerische Interventionen.

Die Stärkung des Kohärenzsinnes sollte laut Brieskorn-Zinke in pflegerisches Handeln integriert sein. Wenn

„das Kohärenzgefühl als das individuelle Regulations- und Leistungspotenzial für Gesundheit betrachtet [wird,] leiten sich daraus bestimmte Handlungsorientierungen für die Pflege-Patient-Interaktion ab“ (Brieskorn-Zinke 2000, 376).

In kritischen Lebenssituationen, wie z.B. bei einer chronischen Erkrankung oder beim Umgang mit den Folgen des Alters, können Pflegende gezielt auf eine Stärkung hinwirken.

Brieskorn-Zinke weist im weiteren Verlauf darauf hin, dass eine Beeinflussung des Kohärenzgefühls über eine intensive Interaktion und das Ausschöpfen professioneller Freiheitsgrade verläuft. Dies spricht sie vor allem Ärzten in Kliniken ab und zählt daher die Anwendung bzw. Durchführung solcher Interaktionen eher zur pflegerischen Profession – auch, weil Pflegende diejenigen sind, welche die Folgen von Diagnose, Krankheit und Behandlung mit den Patienten zu bearbeiten haben. Pflegerische Maßnahmen umfassen dann u. a. Zuwendung, Beratung, Motivation und Schulungen, um eine Auseinandersetzung des Patienten mit der Bedeutung des Kohärenzgefühls und die Wiedererlangung von Gesundheit zu fördern (ebd., 377).

Im Anschluss beschreibt die Autorin an Hand eines Beispiels aus der ambulanten Pflege, wie Pflegekräfte zur Stärkung eines bedrohten Kohärenzgefühls vorgehen können. Zudem geht sie auf die generalisierten Widerstandsressourcen (Beispiele s. o.) ein und zeigt dort Parallelen zum pflegerischen Handeln auf. Laut der Autorin lassen sich mit Hilfe von Antonovskys Modell die Begriffe „*Umgebung*“ und „*Ressourcen*“ für den Pflegebereich praxisrelevant und einheitlicher definieren und damit klarer in das Aufgabengebiet integrieren.

Pflegende

„können dann generalisierte Widerstandsressourcen bzw. -defizite in der Umgebung von Patienten theoriegeleitet wahrnehmen und versuchen, sie nach ihren professionellen Möglichkeiten gezielt zu beeinflussen“ (Brieskorn-Zinke 2000, 379).

Sie gibt an, dass zum Thema Salutogenese in der Pflege bereits Forschungen betrieben werden, die Ergebnisse daraus jedoch bisher widersprüchlich sind, was aber nicht auf die Falschheit des Konzeptes schließen lasse. Im Gegenteil, sie spricht dem Konzept von Antonovsky eine hohe Attraktivität zu, welche ferner in der Pflege noch erforscht werden sollte:

„Es kann angenommen werden, dass Antonovskys Überlegungen etwas in den Pflegenden anspricht, was sie aus dem Pflegealltag, also aus der Interaktion mit Patienten, kennen und was sie häufig intuitiv und fragmentarisch schon immer mit Patienten bearbeitet haben“ (ebd.).

Einen Kritikpunkt bringt sie bei der Umsetzung an. Laut Antonovsky lässt sich das Kohärenzgefühl eines Erwachsenen nicht mehr beeinflussen. Brieskorn-Zinke meint in Übereinstimmung mit anderen Autoren, dass kritische Ereignisse die Entwicklung eines Denk- und Handlungsansatzes im Bedeutungszusammenhang mit Gesundheit durch eine gezielte gesundheitsförderliche Interaktion ermöglichen. Sie plädiert daher für eine gezielte Stärkung eines geschwächten Kohärenzgefühls. Insgesamt betrachtet die Autorin das Modell für alle helfenden Berufe als hilfreich. Vor allem den Pflegeberufen

„kann es helfen, sich eine professionelle Wissensbasis zu verschaffen, um ihre Aufgaben in der Gesundheitsberatung, Gesundheitsförderung, und Versorgungsgestaltung gezielt wahrnehmen zu können“ (Brieskorn-Zinke 2000, 380).

Beide Autorinnen zeigen auf, dass Pflege sich nach wie vor in einem Prozess zur Professionalisierung befindet. In ihren Artikeln weisen sie auf aktuelle Defizite der Praxis hin. Unter anderem wird der Pflegeberuf immer noch als sehr arztnah angesehen, welcher an der Vollübernahme pflegerischer Maßnahmen orientiert ist. Beide Autorinnen benennen erste Fortschritte der bisherigen pflegewissenschaftlichen Forschungen und sind Mitwirkende im Professionalisierungsprozess. Vor diesem Hintergrund beschäftigen sich Bartholomeyczik und Brieskorn-Zinke mit einer Um- bzw. Neuorientierung der Aufgaben zur Gesundheitsförderung und der Integration des Salutogenesemodells von Antonovsky. In beiden Artikeln wird aufgezeigt, dass eine Integration nicht ohne kritische Betrachtung möglich ist. Allerdings zeigt Brieskorn-Zinke in ihren Ausführungen mit Hilfe eines Beispiels konkretere Ansatz- und Umsetzungspunkte. Doch beide Autorinnen betrachten Gesundheitsförderung als einen Schwerpunkt pflegerischen Handelns und mahnen eine Umsetzung dieser Erkenntnis in die Praxis an.

2.12 Demografischer Wandel

Die Entwicklung der Bevölkerung in den vergangenen Dekaden in Deutschland zeigt, dass die Zahl älterer Menschen weiterhin zunehmen wird.

Unter dem Begriff „*Demografie*“ ist das Studium menschlicher Bevölkerungen, insbesondere mit Bezug auf die Größe, Verteilung und Eigenschaften der Mitglieder verschiedener Populationsgruppen zu verstehen (Dröber et al. 2004, 245). Der demografische Wandel bezeichnet daher die Veränderung der Zusammensetzung der Altersstruktur einer Gesellschaft. Die demografische Entwicklung wird dabei von drei Faktoren beeinflusst: der Fertilität/Geburtenrate, der Lebenserwartung und dem Wanderungssaldo. Die Entwicklung der Bevölkerungszahl ergibt sich demnach aus der Summe des Wanderungssaldos und des Geburten- oder Sterbeüberschusses (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, BIB, 2008, 6; Lampert 2009, 148).

2.12.1 Demografischer Wandel zwischen 1910 und 2030

Im Jahr 1910 stellt sich die Bevölkerungsstruktur in Deutschland als Pyramide dar. Diese Form ist das Ergebnis einer hohen Geburtenhäufigkeit und einer hohen Sterblichkeit (Destatis 2006, 17; BIB 2008, 9).

Aufgrund der sich verbessernden Wohn- und Gesundheitsverhältnisse nahm in den folgenden Jahren die Kindersterblichkeit deutlich ab. Durch die Verluste vor allem junger Männer im ersten und zweiten Weltkrieg ergibt sich allerdings für die Statistik des Jahres 1950 ein Einbruch der Bevölkerung – zum einen bei den 30- bis 35-Jährigen und zum anderen bei den 5- bis 10-Jährigen. Auch Mädchen sind betroffen, da die Geburten allgemein in dieser Zeit sanken. Einen kleineren Einbruch gab es außerdem aufgrund der Weltwirtschaftskrise 1929, weil die Menschen glaubten, sich ihrer Versorgung nicht mehr sicher sein zu können (Destatis 2006, 16).

In den Folgejahren schlossen sich mehrere geburtenstarke Jahrgänge an. Ursachen zwischen 1950 und 1960 waren zum einen das Wirtschaftswunder im früheren Bundesgebiet und zum anderen das soziale Klima in der DDR, welches zu hohen Heirats- und Geburtenraten beigetragen hat, den so genannten Baby-Boomern. Den bedeutungsvollen Jahren der Ehe und Familie folgt zwischen 1965 und 1975 ein weiterer Geburtenrückgang aufgrund von Individualisierungstrends in der Gesellschaft und verbesserten Möglichkeiten der Schwangerschaftsverhütung. Dieser Geburtenrückgang bewirkte, dass die nachrückenden Jahrgänge kleiner wurden. Im Jahr 1973 lag die Zahl der Neugeborenen in Deutschland erstmals unter der Zahl der Sterbenden.

Aufgehalten wurde die Verringerung der Bevölkerungszahlen durch ein positives Wanderungssaldo. Seit 2003 zeichnet sich jedoch eine Trendwende ab, auch die Zuwanderungszahlen sinken (BIB 2008, 12 f.; Lampert 2009, 153).

Im Jahr 2005

„gleicht der Bevölkerungsaufbau Deutschlands eher einer ‚zerzausten Wettertanne‘“ (Destatis 2006, 17).

Das mittlere Alter ist dabei am stärksten besetzt, die Älteren und Jüngeren umfassen weniger Personen. Ende 2005 waren die im Jahre 1964 geborenen, heute 48-Jährigen, das am stärksten vertretene Altersjahr. Die Sterblichkeit älterer Menschen hat ein niedriges Niveau erreicht. Langlebigkeit wird zunehmend möglich:

„Das Altern der Bevölkerung basiert nunmehr sowohl auf dem niedrigen Geburtenniveau als auch auf der hohen Lebenserwartung, wobei die Chance der Älteren, immer älter zu werden, nunmehr die entscheidende Rolle spielt.“ (BIB 2008, 10 f.)

Ein Unterschied in der Entwicklung lässt sich zwischen den alten und neuen Bundesländern verzeichnen. In den alten Bundesländern konnte der natürliche Saldo bis zum Jahr 2000 bei einem leichten Sterbefallüberfluss ausgeglichen werden. In den neuen Bundesländern trug das niedrige Geburtenniveau schon seit Beginn der 1990er Jahre zu einem deutlichen Bevölkerungsrückgang bei. Hinzu kommen die verstärkten Abwanderungen in Richtung der alten Bundesländer, was den Rückgang der Bevölkerungszahlen im Osten verstärkte und das bis 2005 im westlichen Teil Deutschlands anhaltende Bevölkerungswachstum begründete (ebd.).

Für die Darstellung der Entwicklung in den kommenden Jahren werden im Folgenden Prognosen des Bundesamtes für Statistik hinzugezogen, die aufzeigen sollen, wie sich die Bevölkerung unter bestimmten Voraussetzungen entwickeln könnte (Destatis 2006, 9 ff.): Die Zunahme der

Lebenserwartung und die niedrige Geburtenrate sind seit mehreren Jahren konstante Größen, so dass diese Entwicklung mit relativer Sicherheit vorausgesagt werden kann. Ein unsicherer Faktor bezüglich der Entwicklungsprognose ist die Wanderungsbewegung über die Grenzen Deutschlands (Lampert 2009, 154 f.).

Die Altersgruppe der im Jahre 1964 Geborenen wird auch im Jahr 2030 im Alter von 66 Jahren noch sehr präsent sein. Im Jahr 2050 werden doppelt so viele 60-Jährige leben wie Kinder geboren werden.

Die Statistik zeigt, dass das Altern der Bevölkerung weder durch einen Geburtenanstieg noch durch eine verstärkte Zuwanderung jüngerer Menschen gestoppt werden kann, „selbst wenn ab heute mehr Kinder geboren werden sollten, würde es mindestens 20 Jahre dauern, bis sie das erwerbsfähige Alter erreichen und als Arbeitskräfte die Altersstrukturen verjüngen“ (BIB 2008, 11).

Die Zahl der 65-Jährigen wird (sofern man davon ausgeht, dass die vorausgesagten Entwicklungen sich tatsächlich so vollziehen) bis zum Jahr 2030 auf über 22 Millionen und bis 2050 auf etwa 23 Millionen ansteigen. Das heißt, 2050 wird jeder dritte Einwohner in Deutschland 65 Jahre und älter sein, unter 20 Jahre dagegen etwa halb so viele. Die Zukunft wird ebenfalls von Hochaltrigen ab 80 Jahren dominiert. Dies ist vor allem für den Pflegebereich bedeutsam. Auffallend wird der erhöhte Anteil von Frauen sein, denn die weibliche Lebenserwartung bleibt höher als die der Männer. Aktuell liegt die Lebenserwartung der Männer bei 77,2 Jahren und die der Frauen bei 82,4 Jahren (Destatis 2006, 41 f.).

2.12.2 Zunahme der Pflegebedürftigkeit

Aufgrund der hohen Anzahl älterer Menschen und der verlängerten Lebenserwartung nimmt die Zahl der Menschen zu, die gepflegt werden müssen. Waren 1999 noch 2,02 Millionen Menschen im Sinne des SGB XI pflegebedürftig, stieg die Zahl bis zum Jahr 2005 auf 2,13 Millionen und bis 2009 auf 2,34 Millionen Menschen an. Das heißt, allein zwischen 2007 und 2009 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen um rund 91 000 Personen bzw. 4,1 %. 2009 waren etwa 83 % der Pflegebedürftigen 65 Jahre oder älter, etwa 35 % waren 85 Jahre oder älter (vgl. Klingbeil-Baksi 2011, 5). Bis zum Jahr 2030 wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen wahrscheinlich auf 3 Millionen erhöhen, was einem Bevölkerungsanteil von 4 % entspricht (vgl. Herke 2009, 20; Schulz, E. 2009, 55 f.; Kuhlmei 2010, 138).

2.13 Demenz als biopsychosoziales Problem

Demenzerkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen des fortgeschrittenen Lebensalters. Sie stellen unsere alternde Gesellschaft vor große Herausforderungen. Einerseits (er) fordert das Leben in einer Wissens- und Informationsgesellschaft die Anpassung an sich zunehmend schneller und flexibler gestaltende Rahmenbedingungen. Andererseits benötigen an Demenz erkrankte Menschen dieses kostbare Gut, um im Rahmen ihrer gesundheitlichen Problematik zumindest noch das letztmögliche Minimum an Lebensqualität zu erlangen. Von Demenz betroffene Menschen sind angewiesen auf eine gute medizinische Versorgung und Pflege, auf die Hilfe ihrer Familie und Freunde, aber auch auf ein größeres soziales Umfeld, das eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht, die von Wertschätzung und Respekt getragen ist. In der Gestaltung des sozialen Umfeldes kommt dem Engagement von Kommunen und der Ak-

tivierung zivilgesellschaftlicher Kräfte deshalb eine hohe Bedeutung zu. Denn das Ziel einer demenzfreundlichen Kommune ist nicht im begrenzten Umfeld von Pflege, Medizin und anderer professioneller Versorgung zu erreichen, da im biopsychischen Bereich bislang keine langfristig erfolgreichen Lösungen zur Verfügung stehen. Folglich sind Resultate derzeit eher im sozialen Bereich zu erzielen – neben der Bereitstellung entsprechender Versorgungs- und Entlastungsmöglichkeiten durch die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und die Ansprache von Mitbürgern, die bislang keinen Bezug zum Thema „Demenz“ haben. Eine Bündelung der Kräfte in einem Demenznetzwerk eröffnet mit großer Wahrscheinlichkeit neue Möglichkeiten in Theorie und Praxis. Daher wurde eine Analyse der Situation in Jena in Kooperation zwischen der EAH Jena und der Altenhilfeplanung der Stadt Jena vorgenommen. Die Ergebnisse flossen und fließen noch in die Ausgestaltung der Altenhilfe der Stadt Jena ein.

2.13.1 Lösungsansätze für ein Netzwerk Demenz

In Deutschland existiert eine Reihe von regionalen Demenznetzwerken, die durch die Vernetzung unterschiedlicher Akteure wesentlich dazu beitragen, die Versorgung von Menschen mit Demenz zu verbessern. Diese Netzwerke arbeiten unter verschiedenen Rahmenbedingungen, Anzahl und Arten der Kooperationspartner, strukturellen Anbindungen und nutzen unterschiedliche Formen der Kooperation. Derzeit wird die Mehrzahl von Demenznetzwerken in Deutschland von dem hohen persönlichen Engagement einzelner Personen getragen und muss mit wechselnden, unterbrochenen und ungewissen Finanzierungen für die Kooperationsstrukturen zurechtkommen (vgl. BMG 2011). Ziel sollte es daher sein, für Regionen mit einem solchen Vorhaben kompetente und zukunftsfähige Netzwerke als Anlaufstellen und Ansprechpartner für alle Interessierten zu schaffen.

Wichtige Schlüsselgrößen für eine gelingende Netzwerkarbeit sind die (interne) Netzwerkvorbereitung, die Steuerung des Netzwerkes und die regelmäßige Evaluation (vgl. Groß 2005, 5).

2.13.2 Netzwerkvorbereitung

2.13.2.1 Klärung der Eigenmotivation und der Notwendigkeit zur Netzwerkarbeit

Beispiel Stadt Jena: Derzeit leben über 21.000 Menschen in der Kommune, die älter als 65 Jahre sind. Diese Menschen haben den Wunsch, auch bei gesundheitlichen Einschränkungen so lange wie möglich in ihrer Wohnung zu verbleiben bzw. eine alternative Lösung zu finden. Zur Unterstützung und Realisierung ihres Wunsches gilt es, ein für sie individuell angepasstes Hilfesystem zu finden oder zu initiieren und zu organisieren. Es bedarf einer gemeinsamen Abstimmung und Koordination, des Wissens voneinander sowie einfacher und schneller Informationsmöglichkeiten, um die Menschen auf die vielfältigen Angebote aufmerksam zu machen, als auch kurzer Wege, um bei akutem Unterstützungsbedarf schnell und unkompliziert helfen zu können.

Ein wichtiger Erfolgsfaktor für Netzwerkarbeit ist die interne Netzwerkvorbereitung, bei der die Klärung der Eigenmotivation und die Klärung der Notwendigkeit zur Netzwerkarbeit erfolgen sollen. Zu Beginn ist der Netzwerknutzen für alle Partner klar heraus zu arbeiten. Zielvorgaben sind gemeinsam abzustimmen. Engagement für das Netzwerk, Motivation und das Interesse der Einzelnen, Bereitschaft, Zeit und Arbeit zu investieren, sind nur dann gegeben, wenn für jeden Netzwerkpartner ein eventuell erwarteter Nutzen und der dafür betriebene Aufwand in

einem nachvollziehbaren und günstigen Verhältnis zueinander stehen. Dazu bedarf es einer Leitidee, also einer möglichst genauen Vorstellung, wie sich die Beteiligten ein demenzfreundliches Gemeinwesen in Jena vorstellen. Derartige Klärungsprozesse sind möglich im Rahmen einer gemeinsamen Demenzkampagne oder eines Demenz-Workshops.

2.13.2.2 Formulierung der Netzwerkziele

In die weitere Netzwerkvorbereitung fließt die Formulierung der Netzwerkziele ein.

Ziel des Netzwerkes soll die Förderung von Hilfen für alte, behinderte und pflegebedürftige Menschen mit Demenz sowie die Unterstützung ihrer Lebensinteressen sein. Obwohl der Schwerpunkt auf den alten, behinderten und pflegebedürftigen Menschen mit Demenz liegt, sollen die Bedürfnisse und Wünsche aller Altersgruppen in die Überlegungen der Netzwerkpartner einbezogen werden. Grundidee des Netzwerkes ist sein altersgruppenübergreifender Ansatz und eine ganzheitliche Betrachtung aller Lebensbereiche im Sinne des Konzeptes der biopsychosozialen Einheit Mensch. Es ist geplant, mit Hilfe des Netzwerkes den Kontakt zwischen den Generationen zu verbessern und Werte wie Selbstbestimmung, Hilfsbereitschaft, Achtung und Verständnis füreinander auszubauen und zu pflegen.

Zu diesem Zweck sollen ergänzend zu und in Abstimmung mit den jeweils bestehenden sozialen und gesundheitlichen Einrichtungen der Kommune:

- mit den Möglichkeiten des Netzwerkes Unterstützungen für ein selbstbestimmtes und selbständiges Leben gegeben werden,
- Hilfestellungen in allen Fragen der Inanspruchnahme alters- und behindertengerechter Dienste erfolgen,
- notwendige lokale Angebote, wie zum Beispiel alternative Wohnformen, initiiert und unterstützt werden,
- eine Plattform für gemeinsames Handeln und für den Erfahrungsaustausch geschaffen und die Bildung von themenorientierten Aktionsbündnissen ermöglicht werden,
- die örtliche Zusammenarbeit zwischen und mit Organisationen, Institutionen und Initiativen, die gleiche oder ähnliche Ziele verfolgen, gefördert werden.

Orientierungshilfe kann hierbei auch der Wegweiser „*Demenz*“, der sich vorrangig an betroffene Angehörige und Interessierte richtet, bieten. Er soll übersichtliche Informationen zum Krankheitsbild, zum sozialrechtlichen Hilfespektrum wie auch zu Anlaufstellen vor Ort im Rahmen einer Broschüre sowie durch die Internetseite der Stadt Jena ermöglichen.

2.13.2.3 Festlegung von Aufgaben und Ressourcen

Im Netzwerk können alle sozialen Institutionen, Behörden, Verbände sowie private Personen mitarbeiten. Neben den in der Situationsanalyse befragten Einrichtungen sollen beispielsweise Apotheken, (Haus-)Ärzte, Begegnungszentren, Betroffene, Besuchsdienste, Handwerks- und Dienstleistungsunternehmen, Schulen, Stadtteilzentren, Senioren-, Behinderten- und Mieterbeiräte sowie Wohnungsunternehmen einbezogen werden.

Innovativ an diesem Netzwerk ist die Zielsetzung, alle Dienstleistungsanbieter einzubeziehen. Traditionelle Systemgrenzen, zum Beispiel die Abgrenzung zwischen Professionen, Berufsfeldern,

Arbeitsgebieten oder Versorgungssystemen, können durch die Bildung des Netzwerkes überschritten bzw. demontiert werden. Durch die enge Zusammenarbeit in Arbeitsgruppen sollen bestehende Konkurrenzsituationen verringert und neue Kooperationsformen und -möglichkeiten geschaffen werden. Mit der Gründung des Netzwerkes geht es darum, nicht nur Detaillösungen anzubieten, sondern komplexe Konzepte zu erstellen, nicht immer neue Dienste zu initiieren, sondern die bestehende Struktur zu verbessern. Durch die Einbeziehung von Behörden und Vertretungsorganen werden Schwachstellen oder Mängel im bestehenden System direkt an die zuständigen Entscheidungsträger weitergeleitet und so an der Beseitigung mitgewirkt. Eine besondere Bedeutung soll dabei die Einbeziehung der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen von der Planung bis zur Durchführung der Netzwerkziele erhalten. Betroffene werden hierbei als Experten in eigener Sache wahr- und ernstgenommen.

Die Mitarbeit im Netzwerk Demenz kann über regelmäßige Treffen (zum Beispiel vierteljährlich) in Rahmen eines „*Runden Tisches Demenz*“ stattfinden. Die Veranstaltungen des „*Runden Tisches Demenz*“ dienen dem Austausch untereinander, der Vernetzung der Angebote und der Planung und Organisation gemeinsamer Projekte und Veranstaltungen. Die Netzwerkteilnehmer können beim Koordinationsteam Themenvorschläge einreichen. Die Treffen werden von der Koordinatorin des Netzwerkes moderiert. Des Weiteren sollen themenbezogene Arbeitsgruppen gebildet werden, so zum Beispiel für Angebotsentwicklung oder Öffentlichkeitsarbeit.

Das Netzwerk nutzt vorhandene Ressourcen, wobei eine Ressourcenbalance, also eine hohe wechselseitige Ergänzung von im Netzwerk verfügbaren Ressourcen, angestrebt wird, die den Zielen der einzelnen Netzwerkakteure und dem Gesamtziel des Netzwerkes dient.

2.13.3 Steuerung des Netzwerkes

Die Altenhilfeplanung als kommunale Behörde und als Träger der Kommunalen Daseinsfürsorge ist Partner im Netzwerk Demenz. Das Netzwerk wird intensiv von der Altenhilfeplanerin unterstützt. Zur Sicherung der Ergebnisse des Netzwerkes und zur Einbeziehung in die kommunale Versorgungsplanung ist die Altenhilfeplanerin aktiv im Netzwerk involviert. Sowohl über sie als auch über die Koordinierungsstelle Pflegestützpunkt, dem vom Gesetzgeber die Netzwerkarbeit als Aufgabe zugewiesen wurde, erfolgt die stadtteilübergreifende Koordination und Kooperation. Basis für die Zusammenarbeit kann eine von allen Netzwerkpartnern zu unterzeichnende Kooperationsvereinbarung sein, die zur Mitarbeit in den Arbeitsgruppen des Netzwerkes verpflichtet. Diese Selbstverpflichtung wird sich als zentraler Bestandteil zur Sicherung des Projektes erweisen. Zudem enthält sie die Grundlagen für die allgemeine Arbeit im Netzwerk sowie für Ziele, Funktion und Aufgaben des Netzwerkes und deren Koordination und Steuerung.

Zur besseren Organisation empfiehlt sich die Bildung eines Koordinationsteams, welches sich regelmäßig trifft. Die Aufgaben des Koordinationsteams könnten sein:

- die Organisation des „*Runden Tisches Demenz*“,
- die neutrale Vertretung der Ziele des Netzwerkes Demenz nach außen (Öffentlichkeitsarbeit),
- Ansprechpartner für alle Interessierten am Netzwerk Demenz sein,
- als Kontaktstelle im Vorfeld von geplanten Veranstaltungen zur Verfügung stehen,
- Aktualisierung der Unterstützungsangebote, die in der Broschüre und im Internet als „*Wegweiser Demenz*“ veröffentlicht werden.

2.13.4 Regelmäßige Evaluation

Eine regelmäßige Evaluation dient der Standortbestimmung im Netzwerk. Es gibt Zeitpunkte in Netzwerken, zu denen sich Evaluationen besonders empfehlen:

- wenn erste Arbeitserfahrungen und Ergebnisse im Netzwerk vorliegen,
- bei aufkommender Unzufriedenheit im Netzwerk,
- als jährliche Selbstüberprüfung im Zuge eines laufenden Verbesserungsprozesses.

Die Aufgabe der Evaluation ist es, die Aktivitäten des Netzwerkes hinsichtlich ihrer Wirksamkeit einzuschätzen und zielorientiert zu beeinflussen. Sie ist das zentrale Element, um die Situation des Systems insgesamt bewerten zu können. Der Grund für eine Netzwerkevaluation ist vorrangig das Bemühen um die kontinuierliche Verbesserung der Netzwerkarbeit. Sie kann den Partnern die Situation insgesamt und speziell die Vorteile, die sie aus der Netzwerkarbeit ziehen, bewusst machen. So dient sie besonders der Motivationsförderung. Außerdem kann die Evaluation bei bestehenden Konflikten zur Situationsklärung eingesetzt werden. Gelegentlich bietet es sich auch an, die Netzwerksituation zu erfassen, um in der Außendarstellung ein aktuelles Bild zu geben (vgl. Teller 2003, 2).

2.13.5 Leitfaden für gelingende Netzwerkarbeit

Als Leitfaden für den Aufbau des Netzwerkes Demenz empfiehlt sich die Arbeitshilfe des Modellprojekts „Qualitätsentwicklung für lokale Netzwerkarbeit“ im Programm E & C des AWO-Bundesverbandes von 2004.

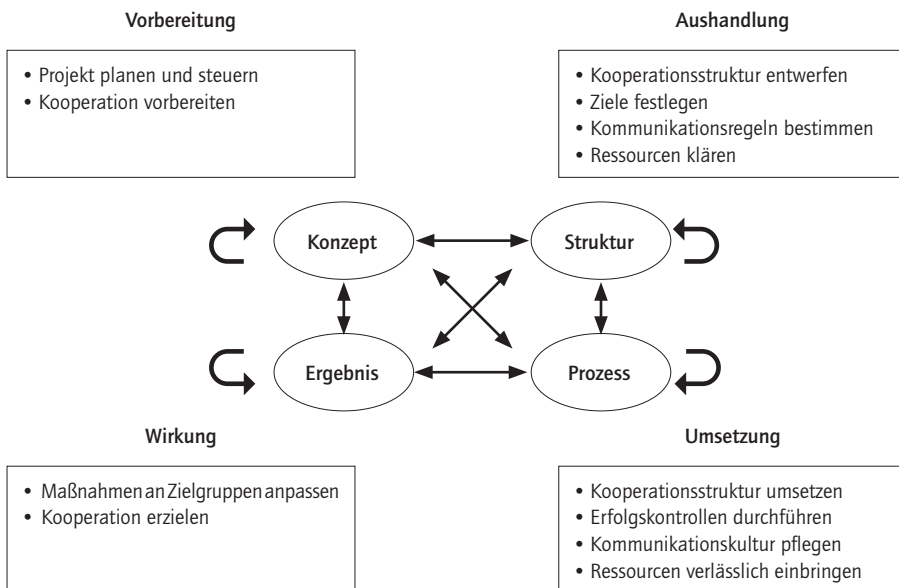


Abb. 5: Rahmenbedingungen für lokale Netzwerkarbeit (Quelle: AWO Bundesverband 2004: 29)

Der gemeinsam mit dem Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) in Frankfurt entwickelte Leitfaden und die Beschreibung der ermittelten Qualitätskriterien für gelingende Netzwerkarbeit dienen dazu, den Netzwerkteilnehmern Orientierung und Hilfestellung bei der Zusammenarbeit geben. Das Arbeitsmaterial bietet Handreichungen für die konkrete Umsetzung von Netzwerkprozessen. Die Arbeitshilfe kann in zweierlei Hinsicht und kontinuierlich in die Netzwerkarbeit integriert werden: zum einen als Orientierung gebender Leitfaden beim Aufbau von Netzwerken und zum anderen als Analyseraster für die (Selbst-)Evaluation im Prozess der Netzwerkentwicklung (vgl. AWO Bundesverband 2004, 12).

2.13.6 Ergebnisse der Erhebung

2.13.6.1 Themenkomplexe der Interviews

Grundlage der 2011 geführten Interviews, in deren Ergebnis die Situationsanalyse erarbeitet wurde, bildeten folgende Themenkomplexe, deren Relevanz jeweils nachstehend benannt wird:

Komplex 1:

Welche speziellen Angebote für Menschen mit Demenz sind in der Einrichtung vorhanden?

Relevanz: Diese Informationen werden benötigt, um in der Stadt Jena bestehende ehrenamtliche, ambulante und stationäre Unterstützungsangebote bekannt zu machen und miteinander zu vernetzen. Die Unterstützungsangebote sollen in einer Broschüre und im Internet als „Wegweiser Demenz“ veröffentlicht und regelmäßig aktualisiert werden. Der Wegweiser soll sich vorrangig an betroffene Angehörige und Interessierte richten. Mit übersichtlichen Informationen zum Krankheitsbild, zum sozialrechtlichen Hilfespektrum wie auch zu Anlaufstellen vor Ort soll er umfassende Orientierungshilfen bieten.

Komplex 2:

Nach welchem therapeutischen bzw. pflegerischen Ansatz/Konzept werden die Demenzkranken in der Einrichtung betreut?

Relevanz: Ziel ist es, die Versorgungssituation von Menschen mit demenziellen Erkrankungen in der Stadt Jena zu verbessern und qualifizierte Entlastungsangebote für betreuende Angehörige zu schaffen. Die Bestandsaufnahme der vorhandenen Konzepte und Methoden bei der Pflege, Betreuung und Therapie von Menschen mit Demenz soll zur Diskussion im Rahmen der Qualitätssicherung beitragen.

Komplex 3:

Arbeitet die Einrichtung mit anderen Einrichtungen zusammen? Wenn ja: Wie gestaltet sich diese?

Relevanz: Zur Erfassung der einzelnen Einrichtungen gehört es, die bestehenden Teilnetzwerke zu erfassen. Sobald bekannt ist, wer bereits mit der Einrichtung kooperiert und welchen Nutzen diese Kooperationen bringen, werden dadurch Handlungsansätze für die Etablierung und Entwicklung eines trägerübergreifenden Demenz-Netzwerkes geschaffen.

Komplex 4:

Sieht die Einrichtung Bedarf an einem Netzwerk Demenz? Wenn ja: wie sollte dieses Netzwerk organisiert sein? Besteht Interesse an einer Mitarbeit? Wenn nein: Warum nicht?

Relevanz: Die Kommune plant den Aufbau eines Netzwerkes, um demenziell Erkrankte, Angehörige und Interessierte mit ehrenamtlichen und bestehenden Angeboten zusammenzuführen. Dazu sollen die Einrichtungen angesprochen werden, an einer Möglichkeit der engeren Vernet-

zung und Kooperation mitzuwirken. Mit dem Netzwerk soll die strukturelle Planungsarbeit im Bereich der Altenhilfe unterstützt werden. Konkrete Bedarfe sollen erkannt, Lösungsansätze entwickelt und geeignete Maßnahmen initiiert werden. Ein zentrales Problem bei einer Unterstützung der Angehörigen von Menschen mit Demenz ist, dass bestehende Entlastungsangebote zu wenig wahrgenommen werden. Ziel des Netzwerkes ist deshalb auch die Steigerung der Bekanntheit und Akzeptanz bestehender Angebote.

Befragt wurden elf ambulante Pflegedienste, 14 stationäre Einrichtungen mit sieben teilstationären Angeboten für Tages- und Nachtpflege, drei Einrichtungen mit weiteren Betreuungsangeboten, drei Kliniken des Universitätsklinikums Jena, sechs Beratungseinrichtungen i. w. S. (Sozialpsychiatrischer Dienst, Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst, Seniorenbüro „55 plus“, Betreuungsbehörde, Wohnberatungs- und Begegnungsstätte für Senioren, Pflegestützpunkt), elf Ergo- und Physiotherapiepraxen sowie drei Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie.

2.13.6.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Komplex 1:

Welche speziellen Angebote für Menschen mit Demenz sind in der Einrichtung vorhanden?

Die bisherige Bestandsaufnahme hat gezeigt, dass es in der Stadt Jena zahlreiche Angebote bezüglich Beratung, Betreuung, Pflege und Therapie Demenzkranker gibt. Diese sind jeweils spezifisch auf die Erfordernisse von Menschen mit Demenz zugeschnitten.

Komplex 2:

Nach welchem therapeutischen bzw. pflegerischen Ansatz/Konzept werden die Demenzkranken in der Einrichtung betreut?

Die folgende Tabelle zeigt im Überblick, wie viele der befragten Einrichtungen über ein spezielles Konzept bzw. Methode verfügen (Darstellung ohne Beratungseinrichtungen, Ergo- und Physiotherapiepraxen, Fachärzte).

Tabelle 1:

Einrichtung	Konzept vorhanden	Kein Konzept	Keine Angabe
Ambulante Pflegedienste (11)	7	2	1
Stationäre und teilstationäre Einrichtungen (14)	12	0	2
Weitere Betreuungsangebote (3)	3	0	0
Universitätsklinikum (3)	3	0	0
Insgesamt (31)	25	2	3

Die Aussagen der Interviewpartner haben ergeben, dass in den Einrichtungen mit großer Mehrheit spezifische Konzepte und Methoden im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen eingesetzt werden, wobei die konkrete praktische Umsetzung und Qualität der Konzepte nicht beurteilt wurde.

Komplex 3:

Arbeitet die Einrichtung mit anderen Einrichtungen zusammen? Wenn ja: Wie gestaltet sich diese?

Die Erfassung der einzelnen Einrichtungen hat gezeigt, dass sehr vielfältige, bereits bestehende Teilnetzwerke und Kooperationen vorliegen. Es existieren unterschiedliche Arbeitsverbände mit teilweise professionellen Arbeitsstrukturen, daneben bestehen häufig informelle Netzwerke über die Kontakte der Fachkräfte zu den anderen Einrichtungen.

Komplex 4:

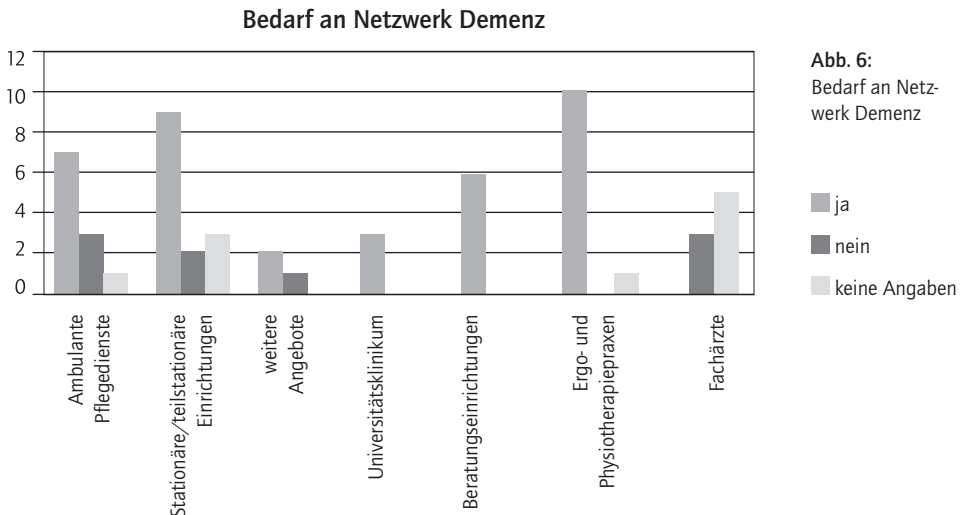
Sieht die Einrichtung Bedarf an einem Netzwerk Demenz? Wenn ja: wie sollte dieses Netzwerk organisiert sein? Besteht Interesse an einer Mitarbeit? Wenn nein: Warum nicht?

Zusammenfassend wurden folgende Angaben gemacht:

Tabelle 2:

Bedarf an Demenz-Netzwerk	ja	nein	Keine Angaben
Ambulante Pflegedienste	7	3	1
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	9	2	3
weitere Betreuungsangebote	2	1	0
Universitätsklinikum	3	0	0
Beratungseinrichtungen	6	0	0
Ergo- und Physiotherapiepraxen	10	0	1
Fachärzte	0	3	5
<i>insgesamt</i>	37	9	10
Organisation über Pflegestützpunkt	14	0	42

Die nachstehende Abbildung 6 gibt ein Meinungsbild aller befragten 56 Einrichtungen wieder:



Mit großer Mehrheit (N = 37) befürworteten die Anbieter ein Netzwerk Demenz (vgl. Abb. 7). 14 Einrichtungen plädierten für eine Koordination über den Pflegestützpunkt. Ein großer Teil (42) ließ diesen Aspekt noch offen.

Bedarf an Netzwerk Demenz insgesamt

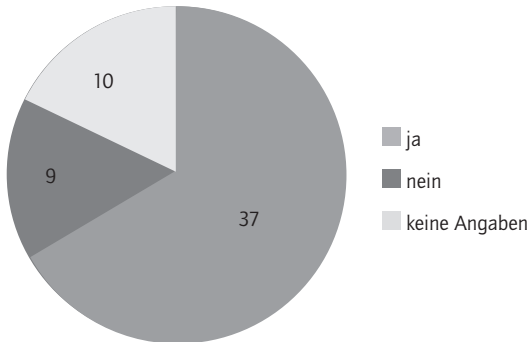


Abb. 7: Bedarf an Netzwerk Demenz insgesamt

Der Aufbau neuer Kooperationen im Rahmen eines Netzwerkes Demenz stellt eine anspruchsvolle Aufgabe dar. Aushandlungsprozesse über die Art und Weise der Zusammenarbeit, die Verteilung von Aufgaben und das zu leistende Engagement sind für die Entwicklung von Netzwerken notwendig und müssen noch erfolgen. Im stetig wachsenden Netzwerk werden Qualitätsaspekte wie Offenheit, Transparenz, Motivation, Nutzen, Ressourceninvestition, Identifikationsmöglichkeiten, Wertschätzung, Berücksichtigung und Akzeptanz anderer Arbeitsweisen sowie fachliche Belange unter den interessierten Akteuren thematisiert. Dabei prägen die Wertvorstellungen der am Netzwerk Beteiligten und ihr persönlicher Bezug zu dieser Arbeit die Qualität und Intensität der Zusammenarbeit, da ein Netzwerk von seinen Akteuren lebt (vgl. Schubert 2008, 220).

Es konnte festgestellt werden, dass in der Stadt Jena zahlreiche Möglichkeiten bezüglich Beratung, Betreuung, Pflege und Therapie Demenzkranker existieren. Diese sind explizit auf die Erfordernisse von Menschen mit Demenz zugeschnitten. Außerdem werden in den meisten Einrichtungen geeignete Methoden und Konzepte im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen angewendet. Über die Qualität der Angebote bzw. darüber, ob und wie die vorhandenen Konzepte umgesetzt werden, kann an dieser Stelle noch keine Aussage getroffen werden. Des Weiteren wurde festgestellt, dass eine große Mehrheit der Befragten den Aufbau einer Plattform begrüßt. Viele Interviewpartner brachten dem Thema „Demenz“ große Offenheit und starkes Interesse entgegen. Zahlreiche Anregungen wurden in die Lösungsvorschläge für die Umsetzung eines trägerübergreifenden, interdisziplinären Netzwerkes Demenz eingearbeitet. Ein breites Bündnis aller Personen und Institutionen, die sich in einem Netzwerk für demenziell erkrankte Menschen engagieren möchten, wird angestrebt. Ziel ist die Entwicklung zu einer demenzfreundlichen Kommune, da eine konstruktive Bewältigung der Grenzsituation „Demenz“ ein wesentliches Moment im Rahmen der Zukunftssicherung darstellt.

2.14 Wohnen im Alter

Bei sämtlichen vorstehend genannten Punkten steht der Aspekt des Wohnens im Vordergrund. Gesundheit und Wohlbefinden bzw. der Grad der Pflegebedürftigkeit sind entscheidende Faktoren bei der Wahl einer Wohnform im Alter. Der gesellschaftliche Strukturwandel und die zunehmende Individualisierung der Gesellschaft verursachen Umschwünge bezüglich zukünftiger Wohnarrangements und der Herausbildung veränderter Wohnbedürfnisse. Gleichzeitig rückt das Thema „*Wohnen im Alter*“ verstärkt in den Mittelpunkt gesellschaftlicher Diskussionen (vgl. Büscher et al. 2009, 17).

Das Wohnen besitzt für viele Menschen einen hohen Stellenwert:

„Dieser Stellenwert steigt mit dem Alter noch an, da Ältere oftmals aufgrund eingeschränkter Mobilität stärker an ihre Wohnung gebunden sind als Jüngere“ (Schulz, E. 2009, 53).

Durchschnittlich vier Fünftel des Tages halten sich alte Menschen in ihrer Wohnung auf und damit doppelt so lange wie Menschen jeder anderen Altersgruppe. Das Wohnen an sich hat dabei verschiedene Bedeutungsdimensionen (vgl. Schmidt 2009, 315): eine behaviorale (Kompensation, Nutzung, Entfaltung, Aneignung, Gestaltung), eine kognitive (Erinnerung, Lebensbilanzierung, Rückblick), eine emotionale (Anregung, Erholung, Privatheit, Wohlfühlen) und eine soziale Bedeutung (Austausch, Geselligkeit, Unterstützung). Somit wird die Wohnung im Alter zunehmend zum Lebensmittelpunkt und nimmt damit eine zentrale Position in der täglichen Lebensführung ein (vgl. Heinze et al. 2010, 307). Für das Gros der alten Menschen ist eine selbstbestimmte Lebensführung wesentlich, auch bei wachsendem Hilfebedarf und selbst dann, wenn der Entschluss, in ein Heim zu ziehen, unabänderlich ist (vgl. Schulz, Steinecke 2011a, 64-71). Wichtig sind den alten Menschen dabei die Hilfen, Dienste und Einrichtungen zur Unterstützung, um im Verlauf des Alterungsprozesses, ferner in der Perspektive zum Tod hin, eine entsprechende Lebensführung zu erleben (vgl. Ziller 2006, 88).

Eine ungünstige Wohnsituation kann zu Isolation, Überforderung und Angst führen – u. a. aufgrund weiter Wege, einer dezentralen Lage, vorhandener Treppen oder Barrieren (vgl. Wohn-Bund-Beratung Nordrhein-Westfalen 2008, 9).

Mit der Frage „*Zu Hause allein oder ins Heim?*“ lässt sich die Frage nach einer geeigneten Wohnform im Alter schon längst nicht mehr beantworten (vgl. Herke 2009, 20). Denn

„selbst im Rentenalter entspricht nur der kleinste Teil tatsächlich dem Bild des alten, zu einem erheblichen Teil auf Hilfe angewiesenen Menschen, das in der Vergangenheit Überlegungen für seniorenerechte Wohnangebote geprägt hat“ (Krings-Heckemeier 2006, 3).

Im Gegenteil: Der Wunsch nach Unabhängigkeit ist groß und immer mehr Menschen interessieren sich für verschiedene Wohnangebote im Alter (Stiftung Warentest 2006).

2.15 Empowerment als Ressource

Eine Möglichkeit zur Aktivierung von behinderten, aber auch nicht behinderten, alten Menschen inner- und außerhalb ihrer Wohnungen wäre die Nutzung des aus der Behindertenarbeit bekannten Empowerments. Unter „*Empowerment*“ wird „*Selbst-Ermächtigung*“ oder „*Selbstbefähigung*“ verstanden (vgl. Theunissen 2009, 27). Herriger weist darauf hin, dass vier zentrale Zugänge unterschieden werden können:

- Der Begriff steht für das

„unbedingte Vertrauen in die Stärken von Menschen, die sich am Rande der Gesellschaft befinden, und für die Überzeugung, dass sie ihre eigenen Ressourcen und Fähigkeiten erkennen und in soziale Handlungen zur Gewinnung von mehr Lebensouveränität umzusetzen vermögen“ (Stark 1996, 107 f.).

- Außerdem sind implizit politische Bewusstwerdungsprozesse unterdrückter Gruppen enthalten, die bisher, beispielsweise durch einen Mangel an Zugang zu sozio-kulturellen Möglichkeiten, benachteiligt waren (vgl. Theunissen 2009, 28).
- Ein weiteres wichtiges Element ist die „*Selbstaneignung von Lebenskräften*“ (Herriger 2006, 16): Randgruppen der Gesellschaft sollen sich in weit höherem Maße als bisher Wissen und Handlungskompetenzen aneignen und die daraus entstehenden Chancen nutzen.
- Ebenso wesentlich ist die Entwicklung von Vertrauen in sich, um eigene Angelegenheiten selbst zu regeln und sich anderen gegenüber zu behaupten (Simon 1994, 187).

Es geht also hierbei um Emanzipationsprozesse. Dazu gehören die Bereitstellung von Informationen sowie die Erschließung und Mobilisierung von Ressourcen und Kompetenzen (vgl. Simon 1994, 169; Speck 1999, 29; Herriger 2006, 17).

Empowerment soll dazu beitragen, dass

„Menschen mit Behinderungen, die von sozialer Ausgrenzung bedroht sind, sowohl bei der Bestimmung ihres Unterstützungsbedarfs als auch bei der Umsetzung und Kontrolle der Hilfen oder Maßnahmen maßgeblich mitwirken“ (Theunissen 2009, 37)

können. Als deutlicher Fortschritt wird gesehen, dass auf diese Weise nicht nur Menschen mit leichteren Behinderungen, sondern sowohl Personen mit hohem Unterstützungsbedarf als auch „*junge Alte*“, „*mittelalte Alte*“ und „*alte Alte*“ mit einer geistigen Behinderung deutlich bessere Möglichkeiten zur Selbstbestimmung entwickeln, als dies vorher möglich war (vgl. Theunissen 2002 b, 362). Behrens gibt an, das Empowerment-Konzept griffe zu kurz, sollte es Fragen zur Assistenz schwerstbehinderter Menschen im Alter und insbesondere im letzten Lebensabschnitt unberücksichtigt lassen (vgl. Behrens 2006, 35; s. a. Theunissen 2002 a, 98 ff und Theunissen 2009, 416). Wir plädieren für eine Erweiterung der Nutzung des Konzeptes auch für nicht behinderte, alte Menschen, die ebenfalls häufig nur noch am Rande der Gesellschaft agieren. Sämtliche ihrer Belange könnten auf diese Weise diskutiert und das Gros der Probleme (wahrscheinlich) einer Lösung zugeführt werden.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass heutige alte Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sehr unterschiedliche Arbeitserfahrung aufweisen. Denn erst seit Ende der 1970er Jahre, nach der Enthospitalisierung und dem Aufbau der Werkstätten für behinderte Menschen, haben sie die Vorzüge strukturierter Arbeit erfahren.

Bis dahin arbeiteten die Bewohner von Großeinrichtungen im Haushalt, in der Küche, im Garten oder der Landwirtschaft ihrer Institutionen. Andere erhielten aufgrund ihrer Behinderung kaum sinnvolle Beschäftigung (vgl. Havemann, Stöppler 2010, 127):

„Alte Menschen mit geistiger Behinderung könnte man sogar in vielen Fällen nicht nur zu den Unter- oder Nichtbeschäftigten rechnen, sondern auch zu den Unterprivilegierten, die aus der verrichteten Arbeit keine finanziellen Rechte ableiten können“ (ebd.).

Wenn Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund ihres Alters die Werkstätten verlassen, stellt dies für sie ein einschneidendes Erlebnis dar. Der Austritt aus dem Berufsleben wird als großer Verlust erlebt, der durch das Fehlen einer sinnerfüllten Tagesstruktur, des Gefühls, gebraucht zu

werden, und der Anerkennung die für fast alle Menschen sehr wichtigen Lebensinhalte betrifft. Viele alte Menschen mit geistiger Behinderung möchten deshalb ihre Tätigkeit nicht aufgeben.

Zu einer negativen Sicht des Ruhestandes seitens der Menschen mit geistiger Behinderung trägt auch die Tatsache bei, dass soziale Kontakte oft nur in dem Kontext gepflegt werden können, in dem sie entstanden sind. Daher führt das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben in der Regel zum Abbruch der Kontakte zu Arbeitskollegen und in Richtung einer weiteren sozialen Isolierung im Alter (vgl. Ashman et al. 1995, 113; Gusset-Bährer 2004, 41).

Diese Entwicklung wirft Probleme auf, die sich in den wesentlichen Parametern der Sozialen Integration widerspiegeln: 1. Wohnen, 2. Arbeit, 3. soziale Interaktion. (vgl. Schulz, J. 2009, 7). Doch die genannten Parameter können sich auch nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben stabilisieren bzw. neu entwickeln. Es soll an dieser Stelle keineswegs der Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderungen negiert werden. Doch die vorstehend genannten Probleme weisen Menschen ohne Behinderungen ebenfalls in unterschiedlichem Maße auf. Folglich müssen im Zusammenhang mit der Forderung nach umfassender Inklusion laut „*Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*“ (in Kraft getreten am 03.05.2008) auch Lösungen für derartige Fragen gefunden werden, um den Inklusionsgedanken umzusetzen. Bei einer Betrachtungsweise im Rahmen des übergeordneten Konzeptes der biopsychosozialen Einheit Mensch dürfte dies zu ermöglichen sein.

Anmerkung:

Eine Gruppe von Wissenschaftlern unter maßgeblicher konzeptioneller und inhaltlicher Beteiligung von Karl-Friedrich Wessel und Günter Tembrock (1918-2011) beschäftigt sich seit fast drei Jahrzehnten mit einem Projekt, welches unter der Überschrift „*Biopsychosoziale Einheit Mensch*“ seine Arbeit begann. Bereits auf den, sich mit dem Verhältnis von Biologischem und Sozialem befassenden, Kühlungsborner Kolloquien 1983 und 1985 wurde „*Der Mensch als biopsychosoziale Einheit*“ explizit thematisiert. Im Rahmen der Berliner Tagung „Disziplinarität und Interdisziplinarität“ (1983, veröffentlicht in der Reihe „*Philosophie und Wissenschaft*“ der HUB, H. 24-27) beschäftigte sich ein Arbeitskreis mit der gleichen Thematik. Die DZfPh veröffentlichte 1985 eine Umfrage zum Problem der „*biopsychosozialen Einheit Mensch*“ (H. 2+3). 1987 erschien in der Wissenschaftlichen Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin ein Heft mit dem Titel „*Biopsychosoziale Einheit Mensch*“ (Mat-Nat. R., H. 7). 1991 wurden Beiträge und Berichte der 700 Teilnehmer versammelnden Berliner Konferenz „*Biopsychosoziale Einheit Mensch*“ (BiPSEM, 1989) veröffentlicht.

3 Rehabilitation und Prävention aus humanontogenetischer Sicht

Karl-Friedrich Wessel

Diesen Beitrag Prolegomenon zu nennen, wäre schon vermessen, eine Vorstufe für ein Prolegomenon wäre vielleicht angemessen. Über die beiden Begriffe Rehabilitation und Prävention gibt es eine Vielzahl von Publikationen ganz unterschiedlichen Charakters und mit verschiedenen Zielen und Absichten. Auch an Versuchen, die Inhalte zu ordnen und zu werten, fehlt es nicht.

Gleichwohl gilt es stets neue Erkenntnisse hinzuzufügen und als Folge, das gesamte System der Rehabilitation und Prävention in Frage zu stellen. Das Ziel muss dann nicht unbedingt ein völlig neues System sein, auch eine bessere Begründung des Systems und des praktischen Handelns wäre schon ein bemerkenswertes Resultat.

In einem Interview mit Detlev Ganten in Vorbereitung des *World Health Summit* an der Berliner Charité gibt es bemerkenswerte Hinweise, die unser Thema im Kern berühren. Hier einige Passagen aus dem Interview.

„Ein weithin unterschätzter Aspekt ist die Ausbildung der Gesundheitsberufe, die viel differenzierter sein sollte als das vereinfachte alte Ausbildungssystem von Arzt und Pflegekraft (Educating Health Professionals)“. (Ganten 2012, 24)

Und weiter heißt es:

„Gesundheitserhaltung und Vorbeugung sind die obersten Ziele. Das heißt, wir müssen Gesundheit und Medizin neu denken. Erkennen und vorbeugen, anstatt abwarten und handeln.“ (Ebd.)

Auf die Frage, ob die Studenten von heute die richtige Medizin für morgen lernen, sagt er:

„Ich meine eine Medizin, die mehr als bisher die Auseinandersetzung des Individuums mit der Umwelt und den Lebensbedingungen einbezieht und die neben der Familiengeschichte auch die Menschheitsgeschichte betrachtet. [...] Die Evolutionäre Medizin könnte für neue Forschung und vor allen Dingen für die Prävention von Krankheiten die Augen öffnen.“ (Ebd.)

Alle diese Vorstellungen sind unterstützenswert. Das Problem liegt aber im Wissenschaftsprozess selbst. Ganten formuliert am Ende des Interviews eine alte Einsicht:

„Nichts ist wirksamer als eine gute Idee zur richtigen Zeit.“ (Ebd., 25)

Was ist eine gute Idee und wann ist der richtige Zeitpunkt? Schwer zu beantwortende Fragen.

Viele gute Ideen sind keineswegs neu, nicht selten werden sie gar nicht erkannt von den entscheidenden Akteuren, von Akteuren, die entscheiden, und der richtige Zeitpunkt ist in der Regel auch abhängig von den anderen, also denen, die die Idee nicht haben, aber bestimmen, wann der richtige Zeitpunkt gekommen ist. Natürlich meint Herr Ganten die Souveränität aller Akteure, die aber leider selten vorhanden ist oder in einem komplizierten Prozess erst hergestellt werden muss.

Ich wollte damit nur andeuten, wie aktuell und schwierig die Diskussionen über neue Konzepte auch für die Rehabilitation und Prävention sind, und möchte auf diesem Hintergrund ein paar Anmerkungen formulieren, die auf Konzepten der Humanontogenetik basieren.

Zunächst und gleichsam als Voraussetzung sei darauf verwiesen: Eine fundamentale Basis aller Diskussionen ist der Humanismus, der sich allerdings stets neu bewähren muss und auch den evolutionären Prinzipien folgen sollte. Dass das sehr problematisch ist, zeigen die aktuellen Diskussionen um die pränatale Diagnostik, über die Organspenden und ebenso die um die Sterbehilfe, um nur einige zu nennen. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass hinter diesen in großer Öffentlichkeit geführten Diskussionen, die vielen täglichen Probleme, die im Bereich der Rehabilitation und Prävention gelöst werden müssen, verschwinden. Viele Entscheidungen in diesen Bereichen, die täglich zu fällen sind, gehen an die Substanz unserer humanistischen Grundsätze. Allein, wenn ich an die vielen täglich auftretenden Entscheidungssituationen denke, die im Umfeld der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost auftreten, fällt auf, dass nur die unmittelbar Beteiligten Entscheidungen fällen können und ganz abhängig sind von ihren Erfahrungen, ihrer humanistischen Grundhaltung und dem Wissen, welches sie sich haben aneignen können. Allgemeine Appelle, Konzepte und Theorien können nur sehr vermittelt wirken. In diesem Sinne versuche ich, einige Aspekte zu formulieren, die zu einer „neuen“ Medizin, zu einem „neuen“ Pflegeverhalten beitragen können.

Wie auch immer die Form, die Muster und Inhalte „neuer“ Konzepte aussehen, sie sollten/könnten/müssten einer Orientierung folgen, die ich *Ontogenetische Rehabilitation* und *Ontogenetische Prävention* nennen möchte. Im Prinzip heißt das, dass die konzeptionellen Überlegungen konsequent (immanent wird natürlich vieles berücksichtigt) zwei wichtigen Grundsätzen der Humanontogenetik folgen müssten:

Der *erste Grundsatz* wäre die Annahme von der Möglichkeit der lebenslangen Entwicklung. Hierbei gilt es, verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. Jede Überlegung, jede Entscheidung in der Aktualgenese, also zu einem aktuellen Zeitpunkt, muss in die mögliche Entfaltung der zeitlichen Dimension der Zukunft eingeordnet werden, der ganzen Zukunft, was die Kenntnis der Vergangenheit voraussetzt. Der zu beachtende Prozess beginnt natürlich zum Zeitpunkt der Konzeption und endet mit dem Tode. Für die frühe Periode, die pränatale Phase und frühe Kindheit, die für das ganze Leben entscheidende Weichen stellen, haben Günter Dörner und in der unmittelbaren Gegenwart Andreas Plagemann an der Berliner Charité Hervorragendes geleistet.

In einem Artikel im „*humboldt spektrum*“ schreiben Plagemann und Dudenhausen:

„Durch Einrichtung einer gleichnamigen Forschungsprofessur wurde im Jahre 2003 an unserer Klinik eine Arbeitsgruppe ‚Experimentelle Geburtsmedizin‘ gegründet, die sich, aus der Dörner’schen Schule kommend, international kompetitiv und erfolgreich mit dem Gebiet der ‚Perinatalen Programmierung‘ beschäftigt.“ (Plagemann, Dudenhausen 2008, 5)

Nach der Darstellung spezieller Forschungsergebnisse heißt es dann, und das möchte ich ausführlich zitieren, wie folgt:

„Die Frage nach Interventions- bzw. Präventionsmöglichkeiten [...] drängt sich zwingend auf. Aus klinischer Sicht ist hier vor allem die Aufnahme eines generellen Glukoseintoleranzscreenings für alle Schwangeren als Bestandteil der Mutterschaftsrichtlinien zu nennen, wie auch die unbedingte Förderung und Empfehlung des Stillens, als einer einfachen Möglichkeit, eine Überfütterung des Neugeborenen zu vermeiden. Nach eigenen Befunden im Rahmen einer

diesbezüglichen Metaanalyse an über 100.000 Proband/innen kann allein das *Stillen* anstelle der vergleichsweise hyperkalorischen Flaschenernährung Neugeborener deren langfristiges Übergewichtsrisiko um etwa 30 Prozent senken, eine Größenordnung also, die bislang praktisch keine sekundäre Präventionsmaßnahme, wie etwa Diäten, *auf Dauer* zu erzielen vermag. Allein mit solchen einfachen, kostengünstigen und zudem die Mutter-Kind-Bindung fördernden Maßnahmen ließe sich demnach eine echte, primäre Prävention erhöhter Diabetes- und Adipositasgefährdung des Kindes für sein späteres Leben erreichen – und damit übrigens auch positive Kosteneffekte für die Gesundheits- und Sozialsysteme.“ (Ebd., 7)

Das ist nur ein Beispiel, ein sehr überzeugendes und schon lange wirkendes, hatte doch Dörner bereits 1975 und 1976 und in vielen späteren Aktivitäten die Wirkungen von Umwelteinflüssen während der perinatalen Phase beschrieben und damit weltweite Beachtung gefunden.

Die Berücksichtigung der frühen Phase in der Ontogenese ist so wichtig, weil in ihr irreversibel die Basismöglichkeiten für alle späteren Phasen festgelegt werden. Natürlich – und das ist für die Prävention, aber auch für die Rehabilitation wichtig – werden in jeder weiteren Phase diese Möglichkeiten genutzt, eingeschränkt oder auch vernichtet. Daher ist es von großer Bedeutung, die Sensibilität jeder Phase aufzuspüren und zu berücksichtigen. Die Ontogenese ist eine Folge von sensiblen Phasen für die unterschiedlichsten Einflüsse; sie zu kennen und zu berücksichtigen bedeutet, wenn es hier um die Gesundheit geht, präventiv zu wirken.

Der Kindergartenbesuch kann unersetzbar sein für die ersten Schuljahre, diese dann für die späteren. Die richtige Entwicklung des Bewegungsapparates ist unverzichtbar für die Bewegungsfähigkeit bis ins hohe Alter; die Ausbildung des Willens fundamental für die Organisation des gesamten Berufslebens. Organische wie psychische Krankheiten können vermieden werden, wenn zum rechten Zeitpunkt die normale Entwicklung ermöglicht wird. Der Übergang vom Berufsleben zum „*Ruhestand*“ kann die Qualität des Alters entscheidend beeinflussen. Kurz, die Beachtung der Interaktion zwischen Individuum und Umwelt in der ganzen Tiefe, bei Beachtung der Folge von sensiblen Phasen, ist die beste, erfolgreichste und billigste Prävention.

Eine gut organisierte Rehabilitation, und das sind hoffentlich die meisten, geht von der Folge der Phasen des Lebens und ihrer möglichen Qualität aus. Eine Rehabilitation ins Leere – also eine solche, die nicht die folgenden Phasen oder, wenn nicht anders möglich, das Ende in der einen Phase berücksichtigt – ist sinnlos und damit überflüssig. Allerdings möchte ich an dieser Stelle hinzufügen, dass für viele Prozesse, die hier gemeint sind, die Bezeichnung Rehabilitation falsch gewählt ist. Sie suggeriert die Vorstellung, ein vorhandener organischer oder psychischer Zustand könne geändert werden. In nicht wenigen Fällen geht es darum, dass der vorhandene Zustand als gegeben angenommen wird und das Umgehen mit diesem Zustand gelernt und geübt werden muss, und zwar vom betroffenen Individuum und von der Umgebung. Allzu oft wird vergessen, dass eigentlich die gesellschaftliche Umgebung therapiert werden muss, um zu lernen, mit einer anderen Normalität, mit einer Normvariante umzugehen. In diesem Sinne ist die Rehabilitation nicht die Wiederherstellung eines Zustandes, sondern das Finden der Einstellung zu einem vorhandenen Zustand, der zur gesellschaftlichen Normalität gehört.

Der *zweite Grundsatz*, ebenso wichtig wie der erste und mit diesem verknüpft, ist die biopsychosoziale Einheit Mensch.

Prävention und Rehabilitation, die diesen Zusammenhang missachten, sind negative Prävention und Rehabilitation. Negativ deshalb, weil sie sich im Prozess gegen die eigentlichen

Absichten der Mediziner und Pfleger richten können. Dieser Aspekt wird häufig nicht beachtet, weil zwischen dem Zeitpunkt des Beginns einer Maßnahme und deren wirklichen Auswirkungen eine solange Zeit vergeht, dass die Wirkungen unerkannt bleiben oder leicht geleugnet werden können. Vielleicht müssten aus diesem Grunde die zu bewertenden Lebensabschnitte verlängert werden. Dies natürlich nicht beliebig, sondern unter dem Gesichtspunkt der Einheit von Komplexität und Zeit. Zugegebenermaßen ist diese Einheit schwer zu bestimmen.

Der Sinn einer Herzklappenoperation kann erst bewertet werden, wenn der Prozess der Rehabilitation abgeschlossen ist, nicht etwa schon, wenn die Herzklappe zu funktionieren beginnt. Nach Abschluss der Operation kann diese Einheit für sich bewertet werden, ohne Frage, aber nicht der Erfolg dem Zweck gemäß, wenn dieser darin besteht, dem Patienten eine neue Lebensqualität zu ermöglichen. Und diese bezieht sich immer auf die biopsychosoziale Einheit, nie etwa nur auf das organische Funktionieren. Dass nicht selten Bewertungsprozesse abgekürzt werden können, weil die Akteure ihre Erfahrungen haben, will ich keineswegs unterschätzen, auch nicht die Tatsache, dass gelegentlich aus psychologischen Gründen Maßnahmen befürwortet werden, die für die Erhaltung des Systems sinnlos sind. Genau darin kommt aber auch die biopsychosoziale Einheit zum Ausdruck. Bis in den Tod ein System mit allen Mitteln in der Balance zu halten, wenn das Individuum es wünscht, gehört zur humanen Handlungsweise im Gesundheitssystem, ebenso natürlich die Balance außer Kraft zu setzen. Auf jeden Einzelfall muss das Konzept der biopsychosozialen Einheit angewandt werden, aber daraus allein lässt sich keine Handlungsanweisung ableiten, die die Erfahrung des Arztes oder Pflegers ersetzen würde. Anders ließe sich Verantwortung schwer begründen.

Wenn ein Individuum mit einer Maßnahme glücklich ist, die aus medizinischer und pflegerischer Sicht nicht hilfreich, dann ist sie zu gewähren. Umgekehrt mag es auch sein, dass ein Patient eine Maßnahme ablehnt, die ihm wirklich helfen würde. Hier liegt es in der Verantwortung der Pflegenden, der Angehörigen und der Ärzte, die Gründe der Ablehnung zu ermitteln. Das wirft auch ein Licht auf die Qualität des Patientenwillens.

Hier ist zu fragen: Ist jeder Patient so souverän, dass er weiß, was er will, oder würde er etwas ganz anderes wollen, wenn er aufgeklärt worden wäre, oder anders aufgeklärt, als es geschehen ist? Das bezieht sich nicht einfach auf die unmittelbare Verfügung, über die relativ leicht zu reden wäre, sondern auf die Lebensaufklärung, auf die im Individuum gewonnene Bildung und Erfahrung. Hier scheint auch die Einheit der beiden Grundsätze auf. Wie ein Individuum mit sich umgeht im Sinne der biopsychosozialen Einheit, hängt stark von seiner Vergangenheit und der Entfaltung seines Wesens als *homo temporalis* ab. Dazu gehört auch die Tatsache, dass verschiedene Individuen gelernt haben, mit ihrer Umgebung und auch mit ihren Krankheiten bzw. Schwächen zu leben. Im Extremfall kann es die Vernichtung des Individuums bedeuten, wenn man ihm eine Krankheit nimmt, die zu seinem Wesen gehört. In Bezug auf Krankheit hört sich das vielleicht etwas grob an, obgleich ich dazu stehe, vor allem dann, wenn damit auch ein Risiko verbunden ist, aber in Hinsicht auf Abweichungen und Unausgewogenheiten ist das wohl leicht zu akzeptieren, selbst dann, wenn zu prognostizieren wäre, dass bei Aufrechterhaltung der Abweichungen unangenehme oder gar tödlichen Folgen absehbar sind. Solche Fragen lassen sich nur und ausschließlich unter Beachtung der biopsychosozialen Einheit bewältigen.

In diesem Zusammenhang gibt es schon bei de Montaigne schöne Sätze.

„Ich kann mir, wie gesagt, für die Kranken nichts Heilsameres denken, als daß sie gelassen die Lebensweise beibehalten, in der sie aufgewachsen sind. Jede Änderung, gleichgültig welche, verwirrt und schadet. Glaube, wer da will, dass Kastanien den Menschen im Périgord oder in Lucca abträglich seien, oder Milch und Käse den Bergbauern! Man verordnet den Kranken jedoch eine nicht nur neue, sondern entgegengesetzte Lebensweise – ein Wechsel, den kein Gesunder aushalten würde. Verschreibt einem Bretonen von siebzig Jahren Wasser, sperrt einen Seemann ins Dampfbad, verbietet einem baskischen Lakaien das Promenieren, und ihr entzieht ihnen Bewegung, Luft und Licht!“

Und dann folgt noch der schöne Vers:

*„Ist Leben, so beschwert,
wohl dann noch lebenswert?//
Man zwingt uns, Altvertrautes aufzugeben
und um des Lebens willen nicht zu leben.//
O freie Luft zum Atmen, Kraftquell Licht –
nicht lebend dünkt mich, wem's daran gebricht.“ (de Montaigne 1580/1998, 548)*

Gewiss, so würde heute niemand mehr formulieren, aber der Wesensgehalt der Meinung von de Montaigne hat nach wie vor mehr Wahrheitsgehalt, als viele moderne Gesundheitsratschläge. Selbst dann, wenn das Eine oder Andere einen negativen Einfluss auf das Gesamtsystem des Individuums haben sollte, geht es immer um die Frage, wie weit dieses insgesamt stabil bleibt. Um darüber Auskunft zu erhalten, muss der Lebenslauf bewertet werden und dieses kann nur ausgewogen geschehen, wenn auch die Zukunftsmöglichkeiten, beachtet werden, wenn das Konzept der biopsychosozialen Einheit zu Grunde gelegt wird.

Viele Beispiele ließen sich aufführen, um den Sinn ontogenetischer Prävention und Rehabilitation zu belegen. Nachweisen ließe sich auch, dass der Gesundheitszustand sich verbessern ließe, die Kosten nicht explodieren müssen, sondern weit sinnvoller eingesetzt werden könnten, wenn Prävention und Rehabilitation sowohl die ganze zeitliche Einheit der Existenz des Individuums wie auch seine strukturellen Existenzbedingungen, also die biopsychosoziale Einheit, konsequent unterstellt würden. Ob sich dadurch eine neue Medizin gewinnen ließe, ob überhaupt eine neue notwendig ist oder vielmehr eine, die konsequent ihre eigene Geschichte ernst nimmt und vorbehaltlos die vorhandenen Konzepte prüft, ist eine wichtige Frage. Vielleicht brächte ja schon das bedingungslose Hinterfragen historischer und aktueller Erkenntnisse eine neue Medizin hervor.

4 Das Phänomen der Pflegeübernahme – Betrachtungen zum Gegenstand

Katharina Rädcl, Olaf Scupin

Vorwort (Olaf Scupin)

Pflege, als gesellschaftliche und anthropologische Notwendigkeit einer jeden Gesellschaft, wird aktuell (wieder einmal) als quasi „*neues*“ Phänomen der Gesundheitspolitik mit einer anscheinend nicht aufschiebbaren Handlungsnotwendigkeit diskutiert. Der hier vorgestellte Beitrag soll sich beabsichtigt diesen hysterischen Versuchen eines Meinungs- und Ideenwettbewerbs entziehen und in guter wissenschaftlicher Tradition sogar entschleunigen. Es geht vorrangig in dem Artikel um die Anregung eines Diskurses, der zu einem besseren Verständnis der Nutzer pflegerischer Handlungen beitragen soll. Das Übernehmen, aber auch das Annehmen (Sich-Pflegen-Lassen) pflegerischer Handlungen gehört sicher zum Wesen des Menschen und kann nicht mit einem einzelwissenschaftlichen Begründungsrahmen erklärt werden. Sehr wohl aber kann versucht werden, die Beweggründe (nicht nur Motive) für die Übernahme und Annahme pflegerischer Handlungen in ein Ordnungs- und Strukturierungssystem zu organisieren. In aktuellen Untersuchungen wird breit und kompetent aus einzelwissenschaftlicher Perspektive das Phänomen der Bereitschaft, pflegerische Handlungen zu übernehmen und anzunehmen erforscht. Eigen ist den meisten Publikationen die Verwendung des Begriffes der Bereitschaft, diese Handlungen für einen anderen Menschen zu erbringen. Bereitschaft aber bezieht die Merkmale der Kompetenz, den Willen und die Fähigkeit, eine Handlung zu übernehmen oder anzunehmen mit ein.

Ausgehend von der Ansicht, dass Pflegen und Sich-Pflegen-Lassen biologische Notwendigkeiten und psychologisch emotionale Grundbedürfnisse darstellen, untersucht die Autorin das Zustandekommen einer Pflege-Vereinbarung zwischen Generationen. Diese Vereinbarung wird quasi als Voraussetzung für einen politisch postulierten Gesellschaftsentwurf gesehen. So wird durch die bundesdeutsche Politik ein Vorrang der ambulanten und damit auch häuslichen Versorgung und Pflege postuliert. Die Annahme, dass Pflegebedürftige am liebsten zu Hause versorgt werden, und dies durch Angehörige im weitesten Sinne, wird durch die Forschungslage gedeckt. Dieses Zustandekommen einer Pflegevereinbarung zwischen Generationen als Phänomen findet verdeckt statt. Phänomene, hier die Übernahme und Annahme von pflegerischen Handlungen, liegen nicht offen zu Tage, sondern können eben verdeckt sein. Diesem Kontext folgend könnten die Phänomene der Pflegeübernahmebereitschaft und die Pflegeannahmebereitschaft einen Ordnungsrahmen zur Strukturierung der Begründungsrahmen für ein pflegerisches Handeln bilden. Das Begriffspaar ist kein leeres Begriffsschema oder gar ein Surrogat einzelwissenschaftlicher Erklärungen für die Annahme und Übernahme pflegerischer Handlungen. Die breite sprachliche Verwendung durch spezifische Formulierungen verschiedener Autoren widerlegt dies. Diese in der Pflegewissenschaft zu diskutierenden Begriffe dienen somit als hypothetisches Konstrukt oder als Bindeglied eines Pflegeverständnisses, welches seinen Ursprung in der Phylogenese und einer anthropologischen Philosophie findet und in einzelwissenschaftlichen Fragestellungen zu neuen Erkenntnissen führen kann.

Einleitung

Im Dezember 2009 gab es in Deutschland 2,34 Millionen Leistungsempfänger aus der Pflegeversicherung. Der Anteil der Pflegebedürftigen im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB XI) an der gesamten Bevölkerung betrug somit 2,9% (Statistisches Bundesamt 2011, 6). Von den insgesamt 2,34 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland wurden mehr als zwei Drittel (rund 69% bzw. 1,62 Millionen) zu Hause versorgt. Im Vergleich zu 2005 lässt sich ein Anstieg von 5,4% der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen verzeichnen (ebd.).

Die gesellschaftliche Tragweite der Pflegeübernahme durch Angehörige zeigt sich in der sozial- und pflegepolitischen Diskussion um die Forderung der Stärkung der familiären und sozialen Netzwerke zur Unterstützung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland. Gleichzeitig wird die Pflege durch Angehörige in der Öffentlichkeit noch zu wenig wahrgenommen. Die stärkere öffentliche Wahrnehmung der Pflege durch Angehörige ist ein Ziel der Bemühung des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen des Pflegedialogs (BMG 2011).

Der in der politischen Aufmerksamkeit stehenden Thematik der Pflegeübernahme durch Angehörige und weitere soziale Netze steht eine nicht hinreichende fachliche Aufarbeitung des Pflegeübernahmebegriffes gegenüber. Das vielschichtige Thema der Pflegeübernahme soll in diesem Beitrag durch vier Ebenen begrenzt werden, um damit eine erste Annäherung an den Begriff zu erreichen. Es werden die Begründungsebene, die Konstruktebene, die anthropologische Ebene und die Motivebene (s. Abb. 1, S. 68) betrachtet. Im Anschluss daran werden Teilergebnisse zur Untersuchung der Kognitionsstrukturen zur Pflegeübernahme bei pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen übersichtsartig dargestellt.

4.1 Die Betrachtungsebenen zur Pflegeübernahme

4.1.1 Die Begründung des Gegenstandes

Die Übernahme der Pflege eines Angehörigen wird durch das Bemühen der Bundesregierung mit dem Pflegedialog 2011 verstärkt auf die politische und damit auch öffentliche Bühne gerückt. Im Rahmen des Pflegedialogs werden die Zukunftsthemen der Pflege (z. B. Unterstützung von Angehörigen und Demenz) mit Pflegenden, Angehörigen und Arbeitgebern im Bundesgesundheitsministerium diskutiert. Gleichzeitig ist die Übernahme der Pflege durch Angehörige im Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) durch den Vorrang der häuslichen Pflege durch Angehörige und weitere soziale Netze gewollt und gesetzlich verankert (SGB XI § 3).

Die pflegewissenschaftliche Debatte um Pflegeübernahme wird in Verbindung mit dem Begriff der Pflegebereitschaft geführt. Pflegebereitschaft wird mit den Begriffen Neigung, Disposition, Interesse und Hang zur Pflege umschrieben und definiert als Bereitschaft von Personen, andere Personen zu pflegen (vgl. Fuchs 1998, 394). Die Definition geht von einer gewissen Freiwilligkeit und Entscheidungsfreiheit aus. Das Vorhandensein dieser wird vielfach bezweifelt. Unterschiedliche Studien kommen zu dem Ergebnis, dass gerade das Fehlen von Entscheidungs- und Wahlfreiheit die Übernahme von Pflege des pflegenden Angehörigen charakterisiert. Die meisten Menschen können sich der Entscheidung zur Übernahme einer Pflege nicht entziehen. Einen Überblick zur fehlenden Wahlfreiheit und zu den Gründen für die Pflegeübernahme geben Kuhlmeier et. al. (2002).

Der Begriff der Pflegeübernahme wurde mit der zunehmenden Bedeutung pflegender Angehöriger, gestützt durch die erste Untersuchung der Sozialdata-Studie von 1980, in die wissenschaftlichen und sozialpolitischen Diskussionsmittelpunkte gerückt. Damals wurden neun von zehn pflegebedürftigen Menschen zu Hause von Angehörigen versorgt und die Familie wurde als „größter Pflegedienst“ entdeckt. Zahlreiche Untersuchungen folgten und sozialpolitisch wurden Wege der Entlastung gesucht (vgl. Jansen 1999, 613 f.). Vor diesem Hintergrund können die Gründe für die Konjunktur des Themas „*pflegende Angehörige*“, aus der Sicht Jansens, in der Entwicklung von Pflegewissenschaft und Forschung, in den Impulsen von Selbsthilfegruppen sowie durch ein steigendes öffentliches Problembewusstsein gesehen werden. Mit der Diskussion demografischer Entwicklungen und sozialepidemiologischer Studien sei ein stärkeres Bewusstsein für das Lebensrisiko Pflege, die Zunahme langfristiger Pflegebedürftigkeit, die potenzielle Kumulation von Pflegeproblemen in den letzten Lebensmonaten und das Risiko von Mehrfachpflegen entstanden. Damit verbunden ist die Wahrnehmung für gestiegene Anforderungen an die Pflege zu Hause und die verstärkte Forderung nach stützender Sozial- und Gesundheitspolitik (ebd., 620).

Die Betrachtungen von Pflege durch pflegende Angehörige beginnen überwiegend mit dem Zeitpunkt des Einsetzens der Pflegebedürftigkeit des zu versorgenden Angehörigen. In der Literaturrecherche zeigt sich, dass Pflegearrangements fast nie geplant und verabredet werden, bevor sie gebraucht werden. Sie entstehen vielmehr erst,

„wenn der gewohnte Ablauf des Alltags im familialen und häuslichen Lebenszusammenhang durch Hilfe- und Pflegebedürftigkeit der alten Angehörigen unterbrochen wird“ (Zeman 1997, 97).

Geister (2004) sieht die im Vorfeld der Pflegebedürftigkeit erfüllten Bedürfnisse und Wünsche auch als pflegerische Handlungen an. Geister untersuchte in einer Studie, unter welchen Voraussetzungen Töchter zu Pflegenden werden und wie sich der Pflegebeginn für diese darstellt (ebd., 18).

Daneben finden sich in Studien spezifizierte Gründe, die zur Pflegeübernahme motivieren. So fanden Hedtke-Becker und Schmidtke (1985) die abstrakten Ursachen wie Dankbarkeit und Pflichtgefühl als Motive zur Pflegeübernahme (ebd., 82). An anderer Stelle soll näher auf die Motivation zur Pflegeübernahme eingegangen werden.

Im Rahmen des zuletzt Skizzierten geht die Relevanz des Themas schlaglichtartig hervor. Gleichzeitig muss den Fachdiskussionen leider eine ungenügende Eingrenzung des Pflegeübernahmebegriffs konstatiert werden.

4.1.2 Die sozialen Konstrukte der Pflegeübernahme

Für den Begriff der Pflegeübernahme geht aus der zuvor benannten Literatur nach dem Kenntnisstand der Autoren keine explizite Definition hervor. Vielmehr wird er im Rahmen des Pflegebegriffs allgemein diskutiert und ebenso mit dem Pflegebegriff assoziiert. Der Begriff der Pflegeübernahme ist demnach komplexen Inhaltes und gleichzeitig Sammelbegriff für damit assoziierte Begriffe. Die Pflegeübernahme stellt damit ein Konstrukt dar, welches durch Begriffe abgebildet wird. Diese Aussage wird durch die Konstrukttheorie von Kelly untermauert, nach der sich der Mensch seine Welt selbst konstruiert. Ein Konstrukt ist eine Art und Weise, Erfahrungen zu deuten, zu bewerten und einzuordnen. Durch Zuordnung von Ähnlichkeiten und Gegensätzen wird der Erfahrungsschatz bzw. das Erfahrungswissen strukturiert bzw. konstruiert (Kelly 1986). Der

Mensch sammelt Erfahrungen, nimmt Ähnlichkeiten und Unterschiede bei diesen Erfahrungen wahr, formuliert Konzepte und Konstrukte, um Phänomene, wie das der Pflegeübernahme zu ordnen und versucht auf der Basis dieser Konstrukte, Vorhersagen zu treffen.

Die Frage nach der Bedeutung von Informationsinhalten und Konzepten in der Psychologie bzw. Kognitionspsychologie beschreibt Flick in der Studie *„Psychologie des technisierten Alltags“* (1996, 15 ff.). Als zentrale Aussage kann die Tatsache, nach Varela (1990, 18), festgehalten werden, dass Kognitionen Bedeutungen und Gesetzmäßigkeiten hervorbringen. So sind Erfahrungen des Alltags durch eigene und fremde Aktivitäten sowie Ereignisse nicht per se für das Handeln eines Individuums relevant, sondern die Bedeutungen, die das Individuum dieser zuschreibt und damit als Konstruktion im Prozess der Interpretation.

Bevor jedoch nach der Bedeutung des Wissens hinter den Kognitionen zur Pflegeübernahme gefragt wird, müssen diese Kognitionen in Form von Strukturen aufgedeckt werden. Bei dieser Methode handelt es sich um ein aus der Kognitionspsychologie stammendes Verfahren. Durch die Erhebung von Ähnlichkeitsdaten können die kognitiv dimensionalen Strukturen, die zur Bewältigung von Krankheit und Pflege in der eigenen wie verschiedenen fremden Kulturen angelegt wurden, dargestellt werden. Auf die Ergebnisse aus der Untersuchung zu den Kognitionsstrukturen zur Pflegeübernahme wird an anderer Stelle näher eingegangen.

4.1.3 Die Anthropologie der Pflege

Da es sich bei der Pflegeübernahme um ein grundsätzliches menschliches Phänomen handelt und der Beitrag dieses näher bestimmen möchte, wird als eine weitere Betrachtungsebene die Anthropologie thematisiert.

Der die Pflegebedürftigkeit begleitende Abhängigkeitsaspekt wird in der heutigen Dienstleistungsgesellschaft mit ihren erstrebenswerten Zielen wie Selbstbestimmung und Emanzipation von Pflegebedürftigen und Pflegenden gleichermaßen verdrängt. Abhängigkeit und damit Pflegebedürftigkeit ist gleichwohl evolutionär, sichert das Überleben der menschlichen Art und ist ontogenetisch begründet.

MacIntyre versucht in seinem Buch *„Die Anerkennung der Abhängigkeit“* die Tugend der Unabhängigkeit und die Tugend der Abhängigkeit zu bestimmen und beschreibt diese Abhängigkeit des Gedeihens des Menschen folgendermaßen:

„Wenn wir körperlichen Krankheiten und Schäden, menschlicher Aggression und Vernachlässigung begegnen, verdanken wir unser Überleben, von unserem Gedeihen ganz zu schweigen, oftmals anderen Menschen.“ (MacIntyre 1999, 12)

Besonders in der frühen Kindheit und im Alter bedarf der Mensch des Anderen. MacIntyre führt fort:

„Zwischen dem ersten und dem letzten Lebensabschnitt jedoch leiden wir typischerweise für längere oder kürzere Zeit unter Verletzungen, Krankheit oder anderen Beeinträchtigungen, manch einer ist sogar sein ganzes Leben lang behindert.“ (ebd.)

Dabei wird in den beschriebenen Abhängigkeitsgründen von einem Muster des Gebens und Nehmens ausgegangen. Für das, was wir als Kinder an Fürsorge durch Eltern, Mütter, Großeltern und andere erfahren haben, schulden wir Fürsorge (ebd., 97). Die Anerkennung der Abhängigkeit wird infolge der ontogenetischen Entwicklung in der zunehmenden Unabhängigkeit praktischen Überlegens des Kindes sichtbar. Dabei wird durch das Erfahren eines Vertrauensverhältnisses zu den Eltern ein Ich-Bewusstsein entwickelt, welches Grundlage für die Unabhängigkeit ist (ebd., 107).

Im letzten Abschnitt wurde dargestellt, dass der Mensch aufgrund seiner ontogenetischen Verfasstheit abhängig ist und sich im Laufe seines Lebens dieser Tatsache bewusst wird. Durch das Bewusstsein wird ein Geben von Zuwendung und Fürsorge als Rückzahlung von Schuld begründet. Diese Bewusstseinsbildung der Anerkennung der Abhängigkeit wird durch die Fähigkeit beeinflusst, in die Kindheit zurückzuschauen und nach vorn in Richtung des Lebensendes und des Todes zu blicken. Die Reflexion der Vergangenheit mit der Abhängigkeit in den jungen Jahren und die Annahme von Fürsorge zum Gedeihen des Menschen ermöglichen ein Geben im Jetzt und in der Zukunft (vgl. Scupin 2003, 30).

Die Fähigkeit, Vergangenheit und Zukunft im Denken zu verbinden, wird als temporale Kompetenz bezeichnet.

Die Humanontogenetik ist eine Entwicklungs- und Querschnittswissenschaft, die sich mit dem hierarchischen System der Kompetenzen als eine Forschungsrichtung beschäftigt. Unter Kompetenz wird die Grunddisposition für Fähigkeiten sowie Fertigkeiten und ihre jeweilige Entwicklungsstufe verstanden. Kompetenzen werden im Prozess von der genetischen Veranlagung bis zur vollen funktionalen Existenz von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Eigenschaften entwickelt. Der Begriff Kompetenz schließt die Mechanismen der Entwicklung, so z.B. das Verhältnis von endogenen und exogenen Bedingungen, ein. Die temporale Kompetenz gehört zu den grundlegenden Kompetenzen für die menschliche Leistung, also die spezifische Art der Herstellung der Beziehungen zur Außenwelt und zu sich selbst. Weitere grundlegende Kompetenzen sind folgende: die taktile, die motorische, die optische, die akustische, die olfaktorische, die gustatorische, die kognitive, die soziale, die sexuelle, die volitive, die ästhetische und die kommunikative Kompetenz (vgl. Wessel 1998, 27 f.).

„Die temporale Kompetenz ist möglicherweise die einzige, die sich ein Leben lang entwickelt, aber dies nun ganz eindeutig nur über den Willen des Individuums selbst. Was in der frühen Ontogenese auf uns zukommt oder mit uns geschieht, gestalten wir später zunehmend selbst. Das ist zugegebenermaßen sehr schwierig. Unter dem Gesichtspunkt der Souveränität hat niemand aus Altersgründen anderen gegenüber einen Vor- oder Nachteil. Wer auf Kinder herabschaut wie auf Noch-nicht-Erwachsene ist ebenso unsouverän, wie der, der voller Mitleid auf die Alten schaut; er erkennt nämlich seinen eigenen Ort in der Ontogenese nicht.“ (Wessel 2007 b, 99)

Die temporale Kompetenz wird nach Wessel also bei allen Menschen unterschiedlich ausgeprägt und entwickelt. Berücksichtigt werden muss ferner, dass die temporale Kompetenz von den kognitiven Leistungen hinsichtlich der Organisation und Bewertung der eigenen Lebenslage von Entwicklungen beeinflusst wird. Hans Thomae (1988) hat sich mit dem Verhältnis Individuum – Umwelt in seinem Werk *„Das Individuum und seine Welt“* auseinandergesetzt.

„Wenn ‚das Individuum und seine Welt‘ der Maßstab ist, dann gelten auch nur seine Wertpräferenzen und sein Sinnhorizont. Diesem etwas näher zu kommen und nicht eigenen Werten und Sinndeutungen der zu erschließenden subjektiven Welt aufzupropfen – dies ist letzten Endes die Aufgabe einer biographisch fundierten kognitiven Theorie der Persönlichkeit.“ (ebd. 1988, 188)

Der Mensch spannt demnach seine Denkkraft über die Vergangenheit und Zukunft gleichermaßen individuell aus (vgl. Wessel 2007 b, 101). Das Verhältnis von Geben und Nehmen des in diesem Rahmen zu diskutierenden Phänomens der Abhängigkeit und deren Bewusstwerdung im Rahmen der Reflexion, werden durch die individuell unterschiedlichen temporalen sowie kognitiven Kompetenzen des einzelnen Menschen höchst divergent wahrgenommen und reflektiert. Damit fällt auch das Empfinden von Schuld, also etwas zurückgeben zu wollen, bei jedem Menschen unterschiedlich aus.

Die Gründe für eine Pflegeübernahme entlang der Entwicklung des Menschen sind also anthropologisch begründet. Eine Strukturierungshilfe bietet die Humanontogenetik. In dieser sieht Wessel (2001) folgende Begriffe zur Strukturierung der Pflege im Prozess der Entwicklung des Menschen vor:

Entwicklungspflege:

Diese Pflege erfolgt über alle humanontogenetischen Lebensphasen (Reifungs-, Leistungs- und Erfahrungsphase).

„Die Pflege, welche die Mutter dem Kind und später das Kind dann wiederum der Mutter im Alter angedeihen lässt“ (ebd., 24).

Kompensationspflege:

Pflege, die den Ausfall oder die Störung – akut oder chronisch – von bestimmten, einzelnen Kompetenzen berührt (ebd., 24).

Sterbepflege:

Die Pflege, die durch die Struktur des Endes des menschlichen Lebens charakterisiert ist. Dies schließt den kulturvollen Umgang mit dem Sterben ein (ebd., 25).

An den kurzen Erläuterungen zum Begriffsverständnis wird deutlich, dass alle Pflegeübernahmegründe in jeder Entwicklungs- bzw. Lebensphase vorliegen können. Gleichzeitig kann von einem universellen Charakter der Begrifflichkeiten ausgegangen werden.

Der kurze Exkurs in die Humanontogenetik soll den Bogen zur Motivationsforschung und zugleich letzten Betrachtungsebene der Pflegeübernahme spannen.

4.1.4 Motive und Intentionen zur Pflegeübernahme

Der Motivationsforschung geht es darum, Aktivitätseinheiten im Hinblick auf ihr „Wozu“ zu erklären. Geht man von diesen Aktivitätseinheiten aus, stellt sich die Motivationspsychologie Fragen, die sich auf solche Einheiten beziehen, die ein angestrebtes Ziel erkennen lassen (Vgl. Heckhausen/Heckhausen 2010, 1).

Der Mensch besitzt zwei Grundtendenzen zum motivierten Handeln. Dies ist zum einen das Streben nach Wirksamkeit und zum anderen Zielengagement sowie Zieldistanzierung. In der Spezies Mensch sind diese Charakteristika hoch universell und eine Leistung der Verhaltensevolution.

„Die Motivation einer Person, ein bestimmtes Ziel zu verfolgen, hängt von situativen Anreizen, persönlichen Präferenzen und dessen Wechselwirkung ab. Die resultierende Motivationstendenz ist zusammengesetzt aus den verschiedenen nach dem persönlichen Motivprofil gewichteten Anreizen der Tätigkeiten, des Handlungsergebnisses und sowohl von internen, die Selbstbewertung betreffend, als auch von externen Folgen.“ (ebd., 7)

Eine Motivationstendenz allein reicht allerdings noch nicht aus, um ein Ziel zu erreichen, es wird zudem eine Handlungsabsicht benötigt. Diese wird als Intention bezeichnet. Die konkrete Planung und Handlung wird, im Gegensatz zur abwägenden Motivationstendenz, als Volitionsphase bezeichnet und löst die Motivation ab (ebd., 8). Die Wirksamkeitserwartung von Handlungen und damit die Entwicklung der Motivation ändern sich im Lebenslauf eines Menschen. Die generalisierte Wirksamkeitserwartung und das wirksamkeitsorientierte Verhalten werden im Säuglings- und Kleinkindalter angelegt und durch das unterstützende und steuernde Verhalten der erwachsenen Bezugspersonen beeinflusst. Das eigene Handeln beeinflusst so über die Zeit die Zukunft und die eigene Entwicklungsökologie (ebd., 9).

Übertragen auf die Pflegeübernahme bedeutet dies, dass zu einer Motivation zur Übernahme von Pflege eines Anderen die Handlungsabsicht, also die Intention, notwendig ist. Damit aus einem Motiv auch ein wirksamkeitsorientiertes Handeln wird, sind die versorgenden Bezugspersonen und deren Verhalten ein wichtiger Einflussfaktor für das spätere Verhalten und Handeln des Individuums in Bezug zur Pflegeübernahme.

Neben den theoretischen Befunden soll noch ein kurzer Blick auf die Motivationsforschung in der Pflege geworfen werden. Fuchs (2000) ermittelte im Rahmen einer Fragebogenerhebung bei 4806 Personen, die keine Pflege leisten, die Motivation, pflegebedürftige Angehörige, Freunde oder Nachbarn zu versorgen. Dabei konnten 19 Items aufgrund einer Faktorenanalyse fünf Motivbereichen zugeordnet werden: selbstwertdienliche Motive, soziale Motive, normative Motive, finanzielle Motive und mangelndes Vertrauen in Andere. Je nach Altersgruppe und Geschlecht treten andere Motive in den Vordergrund, eine Pflege für einen anderen Menschen zu übernehmen. Für die jüngeren Frauen stehen normative Motive im Vordergrund, für die jüngeren Männer selbstwertdienliche Motive und mangelndes Vertrauen in Andere. Für die mittlere Altersgruppe (45 bis 64 Jahre) lässt sich kein herausragendes Motiv ermitteln. Für die Personen, die 65 Jahre und älter sind, sind geschlechtsunabhängig soziale und finanzielle Motive ausschlaggebend.

Daneben fassen Hedtke-Becker und Schmidtke zusammen, dass die Motive der Pflegeübernahme in den meisten Fällen in abstrakten Ursachen wie Dankbarkeit und Pflichtgefühl zu suchen sind und nicht in einer intrinsischen Beziehung zwischen Mutter und Tochter (1985, 82).

Ferner scheint auch das soziale Milieu eine Rolle bei der Motivation zur Pflegeübernahme eines Angehörigen zu spielen. Ein extrinsischer finanzieller Anreiz zur Pflegeübernahme lässt sich jedoch nicht nachweisen (vgl. Klie 2001, 93 f.).

Zusammenfassend kann auch für die Motivation zur Pflegeübernahme von einer Wechselwirkung von situativen Anreizen und persönlichen Motiven ausgegangen werden.

Die Abbildung 1 führt die Betrachtungen zur Pflegeübernahme der letzten Seiten zusammen.

Im Folgenden soll auf die Betrachtungsebene der Pflegeübernahme als Konstrukt zurückgekommen und diese durch Ergebnisse einer Studie zur den Konstrukten zur Pflegeübernahme mit empirischen Daten unterlegt werden.

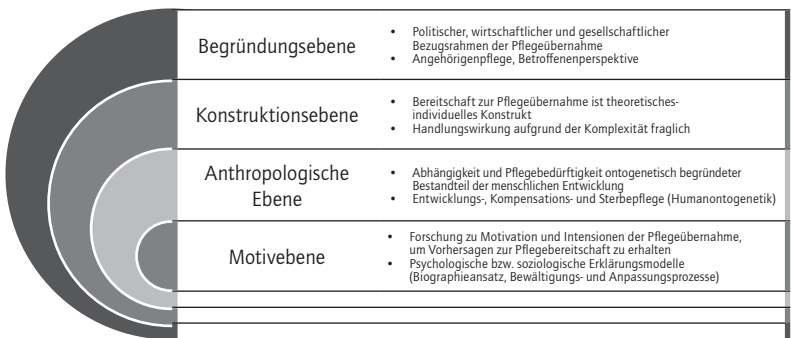


Abb. 1: Betrachtungsebenen zum Gegenstand der Pflegeübernahmen (Entwurf 2)

4.2 Kognitionsstrukturen zur Pflegeübernahme

In einer Teilstudie wurden die Kognitionsstrukturen zur Pflegeübernahme untersucht. Gleichzeitig wurde nach dem Wissen über die Pflegeübernahme sowie den Gegenständen und den sie betreffenden Zusammenhängen sowie deren subjektbezogenen Bedeutungen gefragt. Die subjektbezogene Bedeutung des Phänomens der Pflegeübernahme und dessen Begriffsverständnis werden in den sozialen Gruppen der pflegenden Angehörigen und der Pflegebedürftigen durch deren Umgang damit und deren Wissen darüber geprägt.

Der Sicht der Experten auf den Gegenstand der Pflegeübernahme, in der Untersuchung die Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen, wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt, da deren Konstrukte zur Pflegeübernahme durch die direkte Betroffenheit und das daraus entstandene besondere Expertenwissen von Interesse sind. Dieses liegt zudem in den Perspektiven der beiden Untersuchungsgruppen auf den Gegenstand der Pflegeübernahme begründet.

Eine Möglichkeit, um das Verständnis vom Begriff der Pflegeübernahme darzustellen, gelingt durch das Sichtbarmachen der Kognitionsstrukturen mittels der Methode der Ähnlichkeitsanalyse. Durch die Erhebung von Ähnlichkeitsdaten, nach denen Personen die Ähnlichkeitsrelationen der charakteristischsten Begriffe zu einem Phänomen zueinander festlegen, werden die kognitiv dimensional Strukturen, die z. B. zur Bewältigung von Krankheit und Pflege in der eigenen Kultur angelegt wurden, dargestellt. Diese impliziten kognitiven Ordnungsprinzipien, die sogenannten Kognitionsdimensionen, werden mittels der multidimensionalen Skalierung und der Clusteranalyse identifiziert.

Die Erhebung der Ähnlichkeitsdaten durch das Beobachten des Sortierens von Begriffskarten zur Pflegeübernahme fand in der Zeit von Mai 2011 bis Juli 2011 statt. Für die Untersuchung konnten insgesamt 75 Probanden gewonnen werden. 40 Pflegebedürftige und 35 pflegende Angehörige wurden befragt und beim Kartensortieren beobachtet.

Die Kombinationshäufigkeiten werden dabei als quantitative Messgröße für die Ähnlichkeit zweier Begriffe betrachtet und in Form der Dreiecksmatrix zur weiteren rechnerischen Auswertung in ein Statistikprogramm wie SPSS oder MDS(x) (Siebert & Kohlen, 1997) eingelesen, das Clusteranalysen und multidimensionale Skalierungen (MDS) durchführen kann.

Im Folgenden werden die Daten der SPSS-Ausgabedateien bezüglich der beiden Probandengruppen (Pflegebedürftige und pflegende Angehörige) übersichtsartig dargestellt. Für eine genaue Betrachtung der Daten und Ergebnisse sei auf den Artikel von Rädcl und Scupin 2012 verwiesen.

Insgesamt lässt sich aus der Erhebung der Kognitionsstrukturen und dem Vergleich der Probandengruppen der pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen eine wesentliche Ordnungsdimension für das Wissen zur Pflegeübernahme ableiten. Die deutlich zu erkennende Ordnungsdimension (eine Dimension des Semantischen Differenzials nach Osgood, May & Miron 1975) betrifft die Bewertungsdimension der Versorgungseinheiten „*professionelle Versorgung/sachlich*“ – „*Laienversorgung/gefühlsmäßig*“. Diese Ordnungsdimension konnten bereits bei der Beobachtung des Kartensortierens identifiziert sowie durch die MDS und Clusteranalyse bei den Probandengruppen bestätigt werden. Dabei wird aber auch der Perspektivenunterschied durch die Anordnung der versorgenden Strukturen in den grafischen Darstellungen deutlich: Während die Pflegebedürftigen die Begriffe bzw. die Gruppen „*Altenheim und professionelle Pflege*“ sowie „*Mensch und Familie*“ als nah beieinander wahrnehmen,

ist die Wahrnehmung der pflegenden Angehörigen durch eine klare Trennung der professionellen Versorger und der Gruppe „*Mensch und Familie*“ gekennzeichnet. Dadurch ergibt sich auch eine stärkere Ausprägung der sachlichen und der gefühlsmäßig-familiären Ebene bei den pflegenden Angehörigen. Dieses Ergebnis kann mit dem jeweiligen Wunsch bzw. Bedürfnis beider Probandengruppen interpretiert werden. Auf der Seite der Pflegebedürftigen ist es der Wunsch bspw. nach familiären Strukturen im Rahmen der professionellen pflegerischen Versorgung, welche durch Begriffe wie Geborgenheit und Zuwendung charakterisiert sind. Und auf Seiten der pflegenden Angehörigen ist es das Bedürfnis nach Anerkennung der familiären Aufgaben und Bedeutung auch im Hinblick auf das langjährig erworbene Expertentum der Angehörigen im Umgang mit dem pflegebedürftigen Angehörigen. Die Interpretationen folgen den jüngsten Ergebnissen von Studien zu den angesprochenen Themen (siehe dazu Radel/Scupin 2012).

Im Rahmen der hier vorgestellten Ergebnisse ist festzuhalten, dass die Familie für die Pflegebedürftigen im Rahmen der gefühlsmäßigen Betreuung eine wichtige Rolle einnimmt, allerdings Geborgenheit und Zuwendung auch und gerade für die Betreuung im Pflegeheim eine wichtige Rolle zu spielen scheinen. Damit spiegeln sich in den Kognitionsstrukturen zur Pflegeübernahme auch die Ergebnisse und Schlussfolgerungen der aktuellen Studienlage wider.

Die Ergebnisse der pflegenden Angehörigen dieser Untersuchung zeigen den Wunsch nach Wertschätzung des Expertenwissens der Angehörigen und nach einem Ansprechen dieser auf ihr Wissen. Auch wird die Bedeutung der gefühlsmäßigen Betreuungsleistung in den Kognitionsstrukturen der pflegenden Angehörigen deutlich.

Zusammenfassend spricht das Auffinden der semantischen Dimensionen für die Plausibilität der Analyse. Die Grenzen der Methode der Erhebung von Ähnlichkeitsdaten liegen in der bloßen Interpretation der Ergebnisse der Ähnlichkeitsanalyse, welche erst durch die individuelle Bedeutungszuschreibung des Individuums validiert werden kann. Das Wissen zur Pflegeübernahme wird durch ein komplexes Konstrukt im Prozess der Interpretation der erlebten Wirklichkeit erzeugt. Dadurch ist eine Validierung der Ergebnisse aus Ähnlichkeitsdaten, bspw. durch ein erkenntniserweiterndes und theoriegenerierendes Interview, als wesentlich anzusehen.

4.3 Ausblick

Der Begriff der Pflegeübernahme kann nach der hier vorgelegten Auseinandersetzung mit dem Phänomen folgendermaßen eingegrenzt werden:

Pflegeübernahme ist ein politisch und gesetzgeberisch gewolltes Phänomen, welches aber grundsätzlich zur Daseinsgrundlage des Menschen gehört. Aufgrund der Vielschichtigkeit des Phänomens ist von einem Konstrukt auszugehen, welches äußerst schwierig zu definieren ist.

Die Auseinandersetzung mit dem allgemeinen Phänomen der Pflege und das darin einzuordnende Phänomen der Pflegeübernahme aus humanontogenetischer Sicht geschieht vor dem Hintergrund einer interdisziplinären Sicht auf die Thematik. Die Humanontogenetik bietet sich hier als Strukturierungshilfe an, um Erkenntnisse aus Forschung und Wissenschaft zu ordnen und zu systematisieren.

Die Ergebnisse aus der Untersuchung der Kognitionsstrukturen bilden die Grundlage zur weiterführenden Beschäftigung mit den Konstrukten zur Pflegeübernahme und der Modell-

entwicklung zur Pflegeübernahme. Dies geschieht u.a. durch den Einsatz von 16 erkenntniserweiternden leitfadengestützten Interviews, um die subjektbezogenen Bedeutungen des Konstrukts der Pflegeübernahme sowie der diesbezüglichen Kognitionsstrukturen und Dimensionen zu eruieren (Rädel/Scupin 2012).

5 Trauer – Verlust – Bewältigung

Integration unvermeidlicher Ereignisse in Lebens- und Behandlungskonzepte

Siegfried Jablonski

Einleitung

5.1 Kurzer geschichtlicher Rückblick

Obwohl die Geschichte der Psychologie bis in die Antike zurückreicht, besonders zu erwähnen Aristoteles und seine Schriften „Über die Seele des Menschen“, ist es mir nicht gelungen, von Sigmund Freud Aussagen zur Psychologie der Trauer zu finden.

Es scheint, als ob die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Trauer nicht nur die Gründung der Psychologie als Einzelwissenschaft erforderte, sondern dass sie erst mit der sog. Tabuisierung des Todes zum Thema wurde.

Mit dem Buch von Elisabeth Kübler-Ross: „Interviews mit Sterbenden“ beginnt 1969 weltweit die intensive Beschäftigung mit dem Thema Sterben, Tod und Trauer und erreicht ihren Höhepunkt in den 70er und 80er Jahren.

In den 90er Jahren scheint dieses Thema keine besondere Rolle mehr zu spielen, erst in den letzten Jahren ist wieder eine zunehmende Beschäftigung mit dem Problemkreis Trauer zu beobachten.

Indiz dafür ist die zunehmende Zahl von Dissertationen, wie z. B. von Sebastian Remmers: „Wie der Verlust des Ehepartners bewältigt wird: Eine Längsschnittstudie zur Erfassung des Trauerverlaufs innerhalb des ersten Jahres nach dem Todesereignis“ (2009), „Trauerarbeit nach Totgeburt – Einfluss von Selbsthilfegruppen“ von Ulf Kahmann (2001) oder von Stefanie Ladewig: „Trauerverarbeitung des prä- und perinatalen Kindstodes“ (2010).

5.2 Die aktuelle Situation

Die objektive Notwendigkeit, sich verstärkt mit dem Trauerprozess zu beschäftigen, ergibt sich aus zwei Gründen: wenn wir zu wenig über die Trauer wissen, wissen wir auch zu wenig über die Auswirkungen von Trauer auf die Psyche und Physis des Menschen. Stimmt die Annahme, dass wir ein gestörtes Verhältnis zum Tod haben, allgemein als Todestabu bezeichnet, ist der Trauerprozess folglich erschwert, partiell vielleicht sogar unmöglich, was pathologische Konsequenzen psychischer und psychosomatischer Art haben kann. Besorgnis erregend ist die Zunahme von psychischen Erkrankungen in Deutschland – es wäre zu fragen, inwieweit unbewältigte Trauer dabei eine Rolle spielt.

Der zweite Grund ist der, dass Sterben schließlich alltäglich ist. So betrug die Anzahl Verstorbener 2010 in Deutschland 858.768 und allein in Thüringen 26.701.

5.3. Trauer

5.3.1 Abschiedliches Leben

Wilhelm Weischedel prägte 1976 in seinem Werk „*Skeptische Ethik*“ den Begriff der Abschiedlichkeit.

Leben ist immer von Verlust begleitet. Verlust beginnt schon dort, wo wir eine Entscheidung treffen: indem wir eine Möglichkeit wählen, schließen wir andere Möglichkeiten aus. Das kann irreversibel sein und zu weitreichenden Konsequenzen für unseren Lebensweg führen. Ein solcher Verlust liegt in unserer eigenen Verantwortung, wozu auch gehört, mögliche Auswirkungen auf uns und andere abzuschätzen und in die eigene Entscheidung einzubeziehen.

Anders der Verlust, auf den wir keinen Einfluss haben und den wir als solchen hinnehmen müssen. Dazu gehört der Tod eines nahestehenden Menschen, der Schwerpunkt dieses Beitrags sein soll, aber auch die Trennung der Eltern, eine Totgeburt, der Verlust einer Idee, der Verlust von Heimat – selbst der Verlust eines Haustieres kann Trauerreaktionen auslösen.

Tabelle 1: Inzidenz ernsthafter Suizidgedanken bei Studenten von 17 bis 27 Jahren, die auf Grund des Verlusts eines Elternteils vor dem 16. Geburtstag psychiatrische Probleme hatten

Suizidgedanken	Familienstatus des Studenten		
	Elternverlust		intakte Familie
	durch Tod	durch Trennung	
ernsthaft	48,6 %	41,4 %	10 %
nicht ernsthaft	51,4 %	58,4 %	90 %
N	35	29	50

5.3.2 Das Maß des Verlustes

Bezogen auf den Verlust eines nahestehenden Menschen leitet sich sein Ausmaß von der Intensität der Beziehung zu dem verstorbenen Menschen ab: je enger die Bindung, desto größer der Verlust. Die Intensität der Bindung ist eine wesentliche quantitative Determinante der Trauer. Qualitativ bedeutsam ist die Ambivalenz der Beziehung: je größer die Ambivalenz, desto schwieriger die Trauerarbeit. Beides sind objektive Determinanten, zu denen auch das soziale Umfeld des Trauernden gehört.

Subjektive Faktoren können Charaktereigenschaften wie Introvertiertheit oder Extravertiertheit sein, die Weltsicht des Trauernden, in welchem Maße er die Welt für kontrollierbar hält, Religiosität, seine individuelle Einstellung zum Tod und auch geschlechtsspezifische Unterschiede sowie das Alter des Trauernden sind von Bedeutung.

Studien von Colin Murray Parkes geben Hinweise auf mögliche alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede.

Tabelle 2: Sterblichkeitsrate von Witwern über 54 Jahren im Verhältnis zur Sterblichkeitsrate von verheirateten Männern der gleichen Altersgruppe (nach C. M. Parkes: Vereinsamung, 1974)

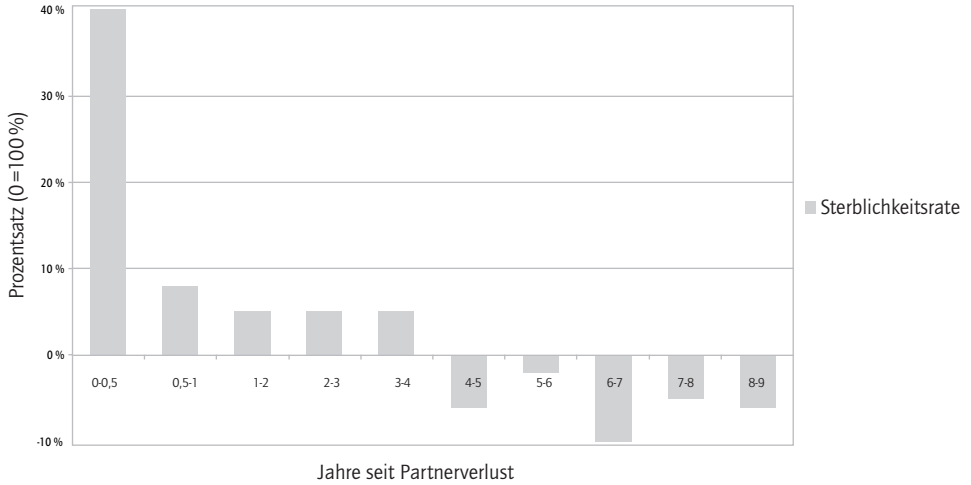
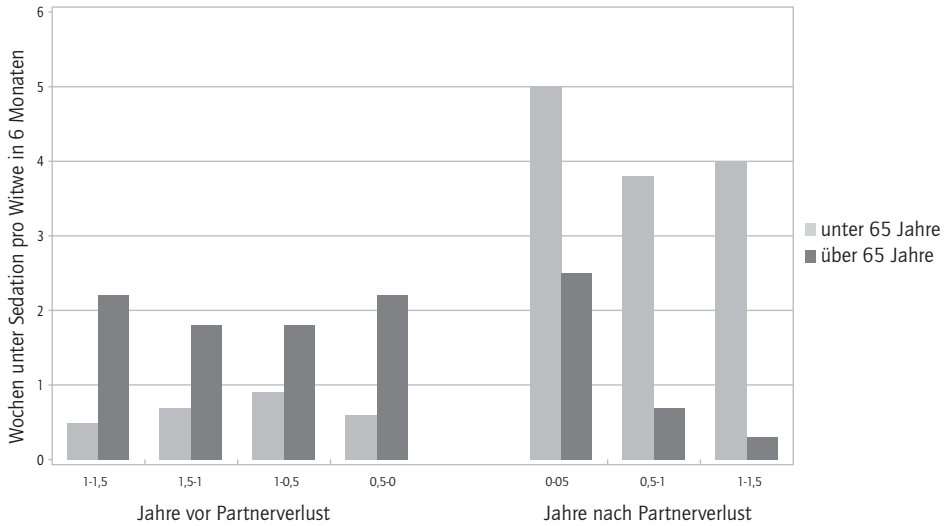


Tabelle 3: Verbrauch von Sedativa bei 44 Witwen in zwei Altersgruppen



Untersuchungen zum direkten Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Verhaltensweisen gab es beispielsweise an der Uniklinik Köln von Petra Bühring aus dem Jahre 2007. Sie stellt fest:

„Trotz der großen individuellen Variabilität des Trauerverlaufs scheint es Hinweise darauf zu geben, dass sich Männer und Frauen hinsichtlich ihrer Copingstrategien des Verlusts voneinander unterscheiden. So zeigen Frauen signifikant höhere Werte an Angst und Depression im Zeitverlauf, während Männer einen erhöhten Alkoholkonsum angeben.“ (Bühring 2007, 129)

Aktuelle Studien zum Nachsterben und zum Pensionärstod sind mir nicht bekannt, wobei das Nachsterben mit der Abnahme lang anhaltender Beziehungen vermutlich an Bedeutung verlieren wird.

5.3.3 Trauer als Verlustbewältigungsstrategie

Gerät der Mensch in eine Situation, in der sich seine Lebensumstände irreversibel verändern, ergibt sich für ihn die Notwendigkeit, sich diesen Veränderungen anzupassen. Dabei gibt es ein unter-kritisches und ein über-kritisches Maß: unter-kritisch, wenn das Individuum mit der ihm gegebenen Flexibilität die Veränderung auffangen kann und die vorhandenen Strategien weiter einsetzbar sind – über-kritisch, wenn seine Möglichkeiten einschließlich des sozialen Umfeldes nicht ausreichen, sich aktiv an die veränderte Situation anzupassen und adäquate Strategien zu finden.

Der Verlauf der Trauer als Verlustbewältigungsstrategie ist in verschiedenen Modellen dargestellt worden. Unterschieden wird zwischen Phasenmodellen und Komponentenmodellen. Die Vertreter der Komponentenmodelle gehen davon aus, dass das Auftreten von zur Trauer gehörenden Themen, Gefühlen und Fragen nicht an bestimmte Phasen gebunden ist, wobei der Unterschied zu den Phasenmodellen m. E. gering ist, denn die Vertreter der Phasenmodelle weisen grundsätzlich darauf hin, dass die Abfolge der Phasen nicht schematisch gesehen werden dürfe: die Phasen können mit unterschiedlicher Intensität in Erscheinung treten, einzelne Phasen können übersprungen oder auch wiederholt werden. Die bekanntesten Vertreter der Phasenmodelle sind John Bowlby, Verena Kast, Colin Murray Parkes, Lily Pinkus, Yorick Spiegel und James William Worden.

Ich möchte an dieser Stelle ein Trauermodell vorstellen, das versucht, einer raum-zeitlichen Integration gerecht zu werden, das also auch die bekannten Modelle in sich aufhebt.

5.3.4 Ein raum-zeitlich integriertes Trauermodell

Zeitdehnungsphase

Die Zeitdehnungsphase beginnt mit der Information des oder der betroffenen Angehörigen über den Tod eines nahestehenden Menschen. Diese Phase wirkt als zweifacher Schutzmechanismus, über den verhindert wird, dass die eingetretene bzw. zu erwartende Situation unmittelbar in ihrer gesamten Tragweite in das Bewusstsein gelangt:

- wird damit eine psychische Überlastung vermieden, die pathologische Konsequenzen in psychischer und/oder psychosomatischer Hinsicht haben würde;
- wird es dadurch möglich, dass die veränderte bzw. zu erwartende Situation schrittweise aufgenommen und verarbeitet wird.

Dabei bilden Zeitretardation und Informationsretardation eine Einheit. Es kommt ein Abwehrmechanismus zum Tragen, der sich über einen partiellen Informationsausschluss realisiert und sich im ‚Normalfall‘ durch einen negativen Verlauf auszeichnet. Die Zeitdauer dieser Phase ist als individuelle Eigenzeit zu fassen.

Bewertungsphase

In einem sukzessiven Prozess werden das Ereignis Tod und die damit im Zusammenhang stehenden Veränderungen der Situation von der betroffenen Person erkannt und anerkannt.

Hervorzuheben ist, dass die äußere Situation in zweifacher Hinsicht zu einer wesentlichen Determinante wird: Die umgebenden Personen können die Trauerarbeit aktiv durch Ablenkung verhindern, sie können im konkreten Fall aber auch bei ausbleibender angemessener Hilfe den Hinterbliebenen in eine Überbelastung bringen, die eine adäquate Bewertung der veränderten Situation ebenfalls nicht zulässt; beides Reaktionen, die auf Grund von Unsicherheit oft zu beobachten sind. Ist in dieser Zeit kein Kommunikationspartner da und gerät der Trauernde in eine Situation der Einsamkeit, ist es für ihn ebenfalls erschwert bis unmöglich, Details und Konsequenzen der veränderten Situation zu begreifen.

Die Wechselwirkung mit den relevanten sozialen Momenten muss also immer mitgedacht werden und gerade in dieser Trauerphase hat die Unterstützung des Hinterbliebenen durch umgebende Personen eine besondere Bedeutung, insbesondere deswegen, weil individuell neue Bewertungsmaßstäbe gefunden werden müssen, die einen kommunikativen Abgleich benötigen.

Das bedeutet auch, dass Trauer aus Sicht der Psychologie nicht hinreichend erklärt werden kann: biotische und soziale Momente spielen eine entscheidende Rolle – das Konzept der biopsychosozialen Einheit Mensch ist in diesen Betrachtungen m. E. unverzichtbar.

Labilisierungsphase

Die Realität des Verlustes zu akzeptieren, hat für den Hinterbliebenen eine dreifache Bedeutung:

- das Nicht-mehr-da-sein der Bindungsfigur und damit das Fehlen aller Momente einer möglichen gemeinsamen Entwicklung;
- das Ungültig-geworden-sein aller Zukunftspläne, insofern sie mit dem Verstorbenen in Verbindung standen, und
- das Irrelevant-geworden-sein von Verhaltensstrategien, die den Partner einschlossen und damit das Selbstkonzept berühren.

Entscheidende Determinante dieser Phase ist die Bindung selbst, insbesondere deren Intensität und Entwicklungsrelevanz. Verharren beispielsweise beide Ehepartner in einer nicht mehr aufbrechbaren Stasis, d. h., sie entwickeln sich nicht mehr oder anders gesagt: ihr sozialer Tod ist dem biotischen Tod vorausgegangen, ist wenig da, was zu labilisieren wäre, denn beide lebten nur noch der Vergangenheit. Ein solcher Extremfall kennzeichnet schon sein Gegenteil: In einer sehr engen Bindung, in der sich beide Partner entwickelten, bricht für den Trauernden die Welt zusammen. Die Verhaltensmuster des Trauernden brechen damit bis auf ein wesentlich biotisch determiniertes Überlebensmaß zusammen. Die für die 1. Phase anzunehmenden aus dem Schock resultierenden automatischen Handlungskompetenzen kommen jetzt nicht mehr zum Tragen. Der Trauernde befindet sich in einer infantil wirkenden Handlungsinkompetenz, die, wenn sie länger andauert, von den umgebenden Personen nur schwer akzeptiert wird. Dabei ist diese Handlungsinkompetenz durchaus verständlich, denn erstens kann nur Komplexitätsreduktion eine Antwort auf das Erkennen der übergroßen Probleme sein und zweitens sind bislang probate Handlungsstrategien nicht mehr anwendbar. Der Zusammenbruch der Verhaltensmuster des Trauernden, ihre Labilisierung, ist die zeitweilige Auflösung der Komplexität seiner Persönlichkeit in ihre einzelnen Elemente. Die Entwicklung neuer Verhaltensstrategien, eines neuen Selbstkonzeptes und einer veränderten und möglicherweise gereiften

Persönlichkeit ist nur dann möglich, wenn die alten, unbrauchbar gewordenen Strukturen aufgelöst werden. Apathie kann auch hier eine positive Bedeutung als psychischer Überlastungsschutz haben. Phasen der Apathie sind Erholungsphasen.

Neubewertungsphase

Nach der Labilisierung der ineffizienten Verhaltensmuster erfolgt eine Neubewertung ihrer einzelnen Elemente in Bezug auf ihre Effizienz zur Organisation neuer Verhaltensstrukturen. Diese Neubewertungsphase hat also im Gegensatz zur ersten Bewertungsphase eine auf die Zukunft gerichtete Akzentuierung. Aufgabe ist es, Handlungskompetenz vorzubereiten, die die neue, veränderte Situation adäquat berücksichtigt. Der Trauernde befindet sich in einer Phase, „... in der er die neue Situation, in der er sich befindet, zu prüfen und über Wege nachzudenken beginnt, sie zu bewältigen. Dazu gehört eine Neudefinierung sowohl seiner selbst als auch der Situation.“ (Bowlby 1983, 125)

Kommt es innerhalb des Trauerprozesses zu einer solchen Neubewertung, dürften Bewältigung und Persönlichkeitsreife als Resultat schon gesichert sein. Ein Indiz dafür lässt sich darin finden, dass für diese Phase einschließlich Konstituierung und Stabilisierung, die meist als eine Phase beschrieben werden, in der Literatur kaum Probleme benannt sind, die einer Intervention bedürften. Ist die verlorene Bindungsfigur einschließlich aller Ambivalenzen adäquat bewertet und damit auch die veränderte Situation, erscheint die Bewertung des daraus resultierenden ‚Chaos‘ nicht mehr problematisch, wenn auch kraft-aufwendig.

Konstituierungsphase

Diese Phase schließt an die vorangegangene an, indem die in der Neubewertungsphase betrachteten Elemente und Möglichkeiten strukturiert und getestet werden.

Großen Einfluss auf die Effektivität der Strukturierung neuer Verhaltensmuster hat die individuelle Erfahrung. Sie kann, so vorhanden, darauf zurückgreifen, dass ähnliche oder gleiche Bewältigungsprozesse schon geleistet wurden.

Stabilisierungsphase

In dieser Phase werden die in der vorangegangenen Phase konstituierten und getesteten Verhaltensstrukturen gefestigt. Sie finden Eingang in das Selbstkonzept und tragen damit zur Veränderung des Selbstbildes bei.

„Der neue Selbst- und Weltbezug zeichnet sich auch dadurch aus, dass der Verlust jetzt akzeptiert ist, dass viele Lebensmuster, die sich in Bezug auf den verstorbenen Menschen eingespielt haben, ‚verlernt‘ sind und eben neue Lebensmuster an ihre Stelle treten, ohne dass der Verstorbene nun einfach vergessen wäre.“ (Kast 1982, 73)

5.3.5 Der Sterbeprozess

Betrachtet man die Sterbephasen von Elisabeth Kübler-Ross, wird deutlich, dass sie Ähnlichkeit mit den Trauerphasen haben:

- Nicht-wahr-haben-wollen
- Zorn und Ärger
- Verhandeln
- Depression
- Zustimmung

Das verwundert nicht, denn der nahende Tod bedeutet nicht nur den absehbaren Verlust aller Möglichkeiten, sondern es stellt sich auch die Frage, wie mit der verbleibenden Zeit umzugehen ist, und dafür braucht es Strategien und Handlungskonzepte, zu denen keine praktische Erfahrung vorliegt.

5.4 Konsequenzen für Lebens- und Handlungskonzepte

5.4.1 Konsequenzen für die Gestaltung des eigenen Lebens

Kinder genießen den besonderen Schutz, Irreversibilität nicht begreifen zu können – ein Verständnis dafür entwickelt sich erst mit der Pubertät.

Ist die Endlichkeit des eigenen Lebens später verstanden und verinnerlicht, so dass sie als repräsentierbar zum Selbstkonzept gehört, wird sich das auch auf den Lebensplan und auf die Lebensstrategie auswirken.

Da sich die eigene Lebenszeit und damit auch der Zeitpunkt des eigenen Todes nur relativ und wenn, nur quantitativ bestimmen und beeinflussen lässt, ergibt sich als Konsequenz, dass sich das eigene Leben nur qualitativ verdichten lässt. Will ich meine Lebenszeit optimieren, so glückt das nur in der Intensivierung der Lebenszeit, also der qualitativen Veränderung der Eigenzeit.

Somit ließe sich folgende Hypothese aufstellen:

Ein sinnvoll gestaltetes Leben, das auf effektiven Lebensstrategien beruht, erleichtert die Akzeptanz der Endlichkeit des eigenen Lebens und deren Einbeziehung in den Lebensplan – die Akzeptanz der eigenen begrenzten Lebenszeit wirkt sich positiv auf die Lebensstrategie und damit auf eine sinnvolle Lebensgestaltung aus.

5.4.2 Konsequenzen für den Umgang mit Sterbenden und Trauernden

Wie und wann Sterbende und deren Angehörige bei infaustem Krankheitsverlauf und sicherem letalen Ausgang informiert werden, ist grundsätzlich individuell und situativ zu entscheiden. Von Ausnahmen abgesehen sollte jedoch immer informiert werden. In der Regel müssen wir davon ausgehen, dass sowohl der Sterbende als auch die Angehörigen wissen oder zumindest ahnen, dass der bevorstehende Tod unvermeidlich ist.

Schon in den sechziger Jahren wurde von Glaser und Strauss die Kommunikation zwischen dem behandelnden Arzt, dem Sterbenden und den Angehörigen untersucht. Den schlimmsten Fall, den sie feststellten, bezeichnen sie als den „Kontext der wechselseitigen Täuschung“. Das meint Folgendes: Der Arzt teilt den Angehörigen den bevorstehenden Tod mit und einigt sich mit ihnen darauf, dem Sterbenden die Wahrheit vorzuenthalten, um ihn zu schonen und um seine Hoffnungen nicht zu zerstören. Der Sterbende weiß um seine Situation auf Grund medizinischer Allgemeinbildung oder/und auf Grund der beobachteten Reaktionen in seinem Umfeld. Er weiß, dass seine Angehörigen ihn belügen, und ihnen zum Gefallen und um sie zu schonen, tut er so, als ob er ihnen glaubt.

In der Palliativmedizin und in der Pflegewissenschaft weiß man natürlich um die Notwendigkeit der Patientenaufklärung, die Erfahrung zeigt aber, dass sie in der Praxis häufig nicht stattfindet.

5.4.3 Konsequenzen für die Medizin

Die Diskussion um das Patiententestament, dem ich übrigens kritisch gegenüberstehe, und die Diskussion über die aktive Sterbehilfe (ich erinnere dabei an das Urteil der 9. Kammer des Verwaltungsgerichts zu Uwe-Christian Arnold: die Ärztekammer könne

„kein uneingeschränktes Verbot der Überlassung todbringender Medikamente an Sterbewillige gegenüber einem Arzt aussprechen.“),

diese Diskussionen scheinen das eigentliche Thema, nämlich die Realisierung maximaler Lebensqualität für Sterbende, zu verdrängen.

In der Pflege und in der Palliativmedizin ist Lebensqualität inzwischen zum zentralen Thema geworden, aber die öffentliche Diskussion spiegelt das nicht wider.

Zur Trauerproblematik

Eine Vielzahl von Studien weist darauf hin, dass im Anschluss an das Ableben eines Angehörigen ein signifikant erhöhter Konsum von Sedativa und Rauschmitteln zu verzeichnen war.

Als weitere signifikante Folgen wurden beobachtet: Stress (Borgwardt, Fricke 1978), Auslösung eines Herzinfarktes, Colitis ulcerosa, Dekompensation einer bislang kompensierten Herzinsuffizienz (Csef, Wyss 1985), Suizidalität und Depressionen (Piskorz, Tautz 1979).

Nachgewiesen ist auch, dass nicht bewältigte Trauer eine Minderung der Kreativität für nicht absehbare Zeit bedeuten kann. (Mitscherlich, Mitscherlich 1967, 9) Fehlendes psychisches Wohlbefinden und Neurosen, die mögliche Folge unbewältigter Trauerarbeit sind, können lange Zeit und unterschwellig das physische und psychische Leistungsvermögen verringern, ein Zustand, der zur Überforderung und damit zu späterer Zeit ebenfalls zu Psychosomatik und Krankheit führen kann. Auf die Zunahme psychischer Erkrankungen in Deutschland wurde eingangs hingewiesen.

Prävention in Form psychologischer und/oder medizinischer Intervention wäre in vielen Fällen sinnvoll.

5.5 Offene Fragen

Ist die wissenschaftliche Bearbeitung des Themenkreises Sterben, Tod und Trauer in Deutschland ausreichend?

Werden neue Erkenntnisse über den Sterbe- und Trauerprozess zeitnah Bestandteil der Ausbildung und Fortbildung in der Pflegewissenschaft und in der Medizin?

Wie ist der Kenntnisstand der Hausärzte in Bezug auf diesen Problemkreis?

Welchen Beitrag kann und muss die Wissenschaft leisten, um in der öffentlichen Diskussion notwendige Akzente zu setzen?

6 Demenz¹ bei Menschen mit geistiger Behinderung – Begleitung in einer Wohnstätte

Beate und Jörg Augustin

6.1 Demenz – Demenzformen

Bei der Demenz handelt es sich um eine Erkrankung, die in der Regel im fortgeschrittenen Lebensalter auftritt. Die Internationale Klassifikation der Krankheiten, ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems), unterteilt die Demenz in verschiedene Formen. Zwei große Gruppen werden unterschieden: die primären und die sekundären Demenzformen. Jede Form untergliedert sich ihrerseits wieder, wie der folgende Überblick zeigt:

Primäre Demenzformen

- Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT), betrifft ca. 50-55 % aller Formen
- Vaskuläre Demenz (VAD), betrifft ca. 20 % aller Formen
- Lewy-Body-Demenz und Parkinson-Syndrom, betrifft ca. 10-20 % aller Formen
- Frontotemporale Demenz (M. Pick), betrifft ca. 5-10 % aller Formen

Sekundäre Demenzformen

Von sekundären Demenzformen spricht man, wenn die Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten auftritt. Das kann der Fall sein unter anderem bei:

- Epilepsie
- hirnlökalem und endokrinem Psychosyndrom
- Hypothyreose
- Depression („*depressive Pseudodemenz*“)
- Hyperkalziämie
- Intoxikationen
- Alkoholabusus
- der Einnahme von Medikamenten als deren Nebenwirkungen
- Sedativa
- Antidepressiva (Trizyklika, z. B. Amitriptylin)
- Multipler Sklerose

6.2 Die Häufigkeit von Demenz

Die Anzahl von Erkrankungen an Demenz divergiert unter Personen mit Down-Syndrom und der Gesamtbevölkerung vor dem Hintergrund des Lebensalters auffallend:

¹ Demenz – Lateinisch: mens = Denkkraft, Verstand; dementia = Unsinn, Wahnsinn; demens = sich unsinnig gebärden

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung von Demenz nach Stanford University, Issue No. 4, Summer 2005, Desai and Grossberg (2005)

Alter nach Jahren	Down-Syndrom	Gesamtbevölkerung
35 - 49	ca. 8%	
- 59	ca. 55%	
>60	ca. 75%	
- 74		ca. 5%
>85		ca. 50%

6.3 Kriterien für die Demenz nach der ICD-10

Zu den Kriterien für eine Demenz zählen fünf Merkmale, wobei die ersten drei über den Zeitraum von sechs Monaten hinaus bestehen müssen. Im Einzelnen handelt es sich um

- Gedächtnisbeeinträchtigung
- Nachlassen der intellektuellen Fähigkeiten
- objektiv nachweisbare Beeinträchtigung der alltäglichen Aktivitäten mit Schweregraden „*leicht, mittel, schwer*“
- keine Bewusstseinstörung
- Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder des Antriebs /der Motivation

6.4 Differenzialdiagnose

Manche psychischen und neurologischen Störungen können leicht mit einer Demenz verwechselt werden. Im Einzelnen kommen dafür folgende Erscheinungen in Betracht:

- Depression
- einfache „*Altersvergesslichkeit*“
- Verweigerung und Vermeidungsverhalten
- Deprivationserscheinungen bzw. Hospitalismus mit Regression (z. B. in Altersheimen)
- leichte kognitive Störung im Alter (ICD-10 F06 Organische psychische Störungen)
- Mangel an Vitaminen und Mineralien (z. B. Vitamin B 12, Perniziöse Anämie)
- Schlaganfall
- Gehirntumore primär oder Metastasen
- geistiger Abbau im Rahmen einer malignen Grunderkrankung
- Hydrocephalus
- Störungen des Stoffwechsels (beispielsweise Unterzuckerung bei Diabetikern, Entgleisungen des Nierenstoffwechsels etc.)
- Delir
- geistige Behinderung an sich
- Psychose und Wahn (z. B. Schizophrenie, Manie und psychotische Depression)
- schwerer Autismus (Kanner-Syndrom) mit Mutismus
- einfacher Mutismus

- einfache Aphasie
- Flüssigkeitsmangel (Exsikkose)

6.5 Kennzeichen einer Demenz bei Menschen mit einer geistigen Behinderung

6.5.1 Früherkennung

Der Anspruch, Menschen mit einer geistigen Behinderung, die zusätzlich an einer Demenz erkranken, adäquat zu begleiten, setzt voraus, die Symptome der Demenz möglichst frühzeitig zu erkennen. Allgemeine Warnsignale, die auf eine Demenzerkrankung hindeuten können, sind:

- Schwierigkeiten, gewohnte Tätigkeiten auszuführen
- Sprachstörungen
- nachlassendes Interesse an Arbeit, Hobbys und Kontakten
- Schwierigkeiten, sich in fremder Umgebung zurechtzufinden
- Fehleinschätzung von Gefahren
- bislang nicht bekannte Stimmungsschwankungen, zunehmende Ängstlichkeit, Reizbarkeit und Misstrauen
- Abstreiten von Irrtümern oder Verwechslungen
- Vergessen kurz zurückliegender Ereignisse

Die Demenz nimmt ihrerseits einen bestimmten Verlauf, der nach drei Stadien beurteilt wird.

Stadium 1

leichter Verlust des Kurzzeitgedächtnisses, beginnende Sprachstörungen

Stadium 2

gravierender Verlust von Sprache und Auffassung, Desorientierung, Verwirrung, Unruhe, Reizbarkeit, Aggressionen, psychische Veränderungen wie Depressionen, Psychosen, Halluzinationen, Störungen der motorischen Funktionen, Auftreten von Epilepsie

Stadium 3

zunehmende Bettlägerigkeit, Inkontinenz, wenig bis keine Eigenaktivitäten, große Schluckproblematik, zunehmendes Schlafbedürfnis, Reduktion der epileptischen Anfälle (so sie erst im zweiten Stadium aufgetreten sind)

Die Demenz lässt sich klassisch in Primär- und Sekundärsymptome unterteilen.

Primäre Symptome der Demenz sind:

Gedächtnisstörungen, die zunächst das Kurzzeitgedächtnis, später auch das Langzeitgedächtnis betreffen

- Denkstörungen, Störungen logischer Abläufe, inadäquate Einschätzung von Situationen
- Orientierungsstörungen, die zuerst Örtlichkeiten, dann die Zeit und schließlich die Personen-erkennung betreffen
- neurologische Störungen
- Verminderung von Antrieb und Aufmerksamkeit

Sekundäre Symptome der Demenz sind:

- Ängstlichkeit
- sozialer Rückzug und depressive Reaktionen
- aggressives Verhalten
- Wahn
- Panikreaktionen
- Agitation
- Apathie
- Störungen im Tag-Nacht-Rhythmus

Bedeutsam ist, dass die primäre Symptomatik bei geistig behinderten Menschen meistens erst nach der sekundären Symptomatik festgestellt wird. Nicht der Verlust der kognitiven Fähigkeiten steht im Vordergrund, sondern eher die Verhaltensänderungen und Verhaltensauffälligkeiten.

Die Diagnostik verlangt demnach sehr große Aufmerksamkeit, denn der Beginn der Erkrankung ist gerade bei Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht leicht zu erkennen.

Die Früherkennung einer demenziellen Erkrankung ist deshalb so extrem wichtig, damit umso früher mit der medikamentösen Therapie und dem sehr wichtigen Erhalt der Lebensqualität begonnen werden kann. Allerdings kann nur das Fortschreiten der Erkrankung verzögert, die Erkrankung selbst jedoch nicht aufgehalten werden.

Menschen mit Behinderungen (wie die sogenannten „normalen“ Menschen) neigen dazu, diese beginnenden Störungen sehr geschickt zu kaschieren. Sie merken selbst, dass sich etwas verändert und sie plötzlich etwas nicht mehr können. Teilweise ist ihnen das genauso schmerzlich bewusst wie „normalen“ Menschen. Sie können damit schlecht umgehen, da ihr ganzes Leben aus Defiziten zu bestehen scheint, wie ihnen durchaus bewusst ist.

Beispiel

Bei einer Bewohnerin in unserer Einrichtung konnten wir Verluste der bisherigen Fähigkeiten erkennen. Sie wirkte immer wieder abwesend und in sich gekehrt, brauchte für alltägliche Verrichtungen deutlich länger und litt unter Stimmungsschwankungen. Die Leistungsfähigkeit in der Werkstatt für behinderte Menschen war nach Angaben des dortigen Personals erkennbar zurückgegangen.

Eines Morgens saß die Bewohnerin am Wochenende vor ihrem Frühstücksteller. Ihre Vorliebe für süße Beläge war bekannt. Sie hatte ein Brot auf den Teller gelegt und blickte erkennbar verzweifelt auf das geöffnete Nutella-Glas vor sich. Auf die Frage des betreuenden Mitarbeiters, was denn los sei, antwortete sie unglücklich: „Gestern wusste ich doch noch, wie das geht!“ Sie war in diesem Moment nicht mehr in der Lage zu verstehen, wie sie den Aufstrich auf ihr Brot bekommen sollte, und ihr war der Verlust der Fähigkeit durchaus bewusst.

Beispiel

Ein Bewohner unserer Einrichtung, bei dem ebenfalls eine kognitive Verschlechterung zu beobachten war, hatte besondere „Spielchen“ entwickelt, um seinen Abbau zu verstecken. Bei der Rückkehr aus der Werkstatt für behinderte Menschen ging er nicht, wie früher, selbständig in seine Wohngruppe zurück, sondern schlenderte im gesamten Haus umher. Sah er einen Mitarbeiter, so lief er vor diesem weg. Erst wenn er andere Bewohner aus seiner Wohngruppe fand, ging er mit

diesen in seine Wohngruppe. Er konnte durch Beobachten der anderen Bewohner erkennen, wo er seine Jacke und seine Schuhe ablegen sollte – das tat er dann auch.

Innerhalb der Wohngruppe war er aber nicht mehr in der Lage, sein eigenes Zimmer ohne Hilfe zu finden, er musste von Mitarbeitern oder anderen Bewohnern dorthin gebracht werden.

Er stellte die Suche aber immer als Spaß hin und lachte, wenn ihn ein Mitbewohner fragte, ob er nicht mehr wisse, wo sein Zimmer sei. Sobald er dann seine vertraute Umgebung mit den eigenen Möbeln sah, war er wieder beruhigt.

6.5.2 Testverfahren

Heutzutage sind verschiedene Testmöglichkeiten zur Feststellung von Demenz bekannt. Allerdings sind die Tests für „normale“ Menschen, wie aus der Altenarbeit bekannt, kaum durchführbar. Sie sind zu stark kognitiv orientiert. Die abzufragenden Fähigkeiten sind bei Menschen mit geistiger Behinderung z. T. überhaupt nicht vorhanden (z. B. beim Minimental State: in Siebenschritten rückwärts zählen). Die Anfangssymptome der Demenz werden oft von der geistigen Behinderung überlagert. Außerdem erschwert die teilweise fehlende Sprache die Diagnostik. Die geistige Behinderung hat so viele verschiedene Formen, dass ein standardisierter Test nicht möglich ist. Es gibt keine Grundlage, auf der er aufgebaut sein könnte.

Dr. Andreas Ackermann, früher am Institut für Psychogerontologie der Universität Nürnberg-Erlangen tätig, hat ein Diagnosemodell entwickelt, das speziell den Besonderheiten von Menschen mit Behinderungen Rechnung trägt. Grundlage bildet eine Bestandsaufnahme der individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten der jeweiligen Person zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Dieser Ratingbogen soll gemeinsam durch ein Betreuungsteam und ggf. den Fachdienst bearbeitet werden. Eine engmaschige zeitliche Überprüfung im Abstand von 3 oder 6 Monaten durch das gesamte Betreuungsteam ist notwendig. Dazu gehören eine individuelle und genaue Dokumentation der betreffenden Person in der Einrichtung und eine detaillierte ärztliche Diagnostik.

6.5.3 Erhebung biografischer Daten

Die Dokumentation und die Erhebung biografischer Daten sind absolut notwendige und unerlässliche Mittel, ohne dabei die Betreuung und Versorgung des behinderten Menschen zu vernachlässigen.

Das Betreuungspersonal und Angehörige – soweit vorhanden – sind diejenigen, die den Menschen mit Behinderung am besten kennen und einschätzen können. Angehörige und Verwandte können mit Gewinn zur Erklärung von Auffälligkeiten herangezogen werden, denn viele Verhaltensmuster, die im Alter ausgeprägter werden, haben einen biografischen Hintergrund. Alle Beobachtungen und Aussagen sind von außerordentlich großer Bedeutung für die Dokumentation, in die sie wie sämtliche Besonderheiten eingehen sollten. Erst auf dieser Basis lässt sich eine korrekte Einschätzung der sich entwickelnden Situation vornehmen.

Tabelle 1: Ratingskala zur Erfassung demenzbedingter Veränderungen bei Menschen mit geistiger Behinderung (DEMGES)

Datum der Erhebung:.....lfd. Nummer:.....	Demenzdiagnose <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum:	- (0)	+/- (1)	+ (2)	Item-punkt-wert
Hr des Beurteilers:					
Name:.....					
Geb.-Datum:.....Alter:.....					
Art der geistigen Behinderung:					
<input type="checkbox"/> unbekannt					

Teil 1 – ADLs und adaptive Fähigkeiten

01 Fähigkeit, sich selbst zu kleiden				
Bewertungskriterium:				
02 Koordinative Fähigkeiten (z. B. beim Handarbeiten oder in der Werkstätte)				
Bewertungskriterium:				
03 Selbständigkeit bei ADL (z. B. einkaufen gehen, Aufträge erledigen)				
Bewertungskriterium:				
04 Sprachliche Fähigkeiten, Fähigkeiten zur Kommunikation				
Bewertungskriterium:				
05 Zeitliche Orientierung (z. B. aktuelles Datum)				
Bewertungskriterium:				
06 Fähigkeit zur Unterstützung bei Hausarbeiten (z. B. Zimmer aufräumen und Tisch decken)				
Bewertungskriterium:				
07 Erledigung einfacher Aufgaben (Übernahme von Einzelhandlungen)				
Bewertungskriterium:				
08 Eigeninitiative (Tätigkeiten aus eigenem Antrieb, z. B. Hobbys)				
Bewertungskriterium:				
09 Ausdauer/Beharrlichkeit bei Betätigungen (z. B. Verfolgen einer Sendung)				
Bewertungskriterium:				
10 Umgang mit persönlichen Gegenständen (z. B. Pflege von Eigentum)				
Bewertungskriterium:				
11 Kooperationsfähigkeit/Ausführung von Anweisungen				
Bewertungskriterium:				
12 Aktive Teilnahme an sozialen Aktivitäten und Unternehmungen				
Bewertungskriterium:				
Score Teil 1:				

	- (0)	+/- (1)	+ (2)	Item- punkt- wert
--	-------	---------	-------	-------------------------

Teil 2 – Kognition und Affekt

13 Sprachflüssigkeit, Wortfindung					
Bewertungskriterium:					
14 Fähigkeit, adäquate Entscheidungen zu treffen (im Alltag)					
Bewertungskriterium:					
15 Aneignung neuer Fertigkeiten (z. B. in Werkstätte oder Haushalt)					
Bewertungskriterium:					
16 Fähigkeit, die Uhrzeit von der Uhr abzulesen					
Bewertungskriterium:					
17 Ablenkbarkeit					
Bewertungskriterium:					
18 Subjektives Empfinden, schlechter zu sein als andere					
Bewertungskriterium:					
19 Ermüdbarkeit					
Bewertungskriterium:					
20 Schlafstörungen					
Bewertungskriterium:					
21 Stimmungsschwankungen					
Bewertungskriterium:					
22 Zeiten unterdurchschnittlicher allgemeiner Leistungsfähigkeit (Frequenz)					
Bewertungskriterium:					
23 Niedergeschlagenheit					
Bewertungskriterium:					
24 Aggressivität					
Bewertungskriterium:					
				Score Teil 2:	
				Score Teil 1:	
Score bei T = 24, Maximalscore: 48				Gesamtscore:	

6.6 Möglichkeiten zur Integration von Menschen mit geistiger Behinderung und demenziell bedingten Abbauprozessen in Wohngruppen²

6.6.1 Leitgedanken

Die Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und demenziellen Abbauprozessen ist eine Herausforderung, der sich Einrichtungen der Behindertenhilfe stellen müssen. Es gibt dafür keine Standard- oder gar „Patentlösungen“. In jedem Fall muss individuell entschieden und reagiert werden. Ein Leitgedanke lautet, dass Einrichtungen, die dem behinderten Menschen ein Zuhause bieten, ihm auch die Gewähr geben sollten, lebenslang sein Zuhause bleiben zu können – wie es von den Betroffenen meistens auch gewünscht wird.

Im Vordergrund sollte stets der Mensch mit geistiger Behinderung stehen, dessen Eigenheiten akzeptiert werden müssen. Das Verhalten des Personals muss sich an den Wünschen des betreuten Menschen orientieren, soweit das möglich ist.

Kostenträger fordern regelmäßige Entwicklungsberichte und Förderpläne. Auch bei ihrer Abfassung ist es wichtig, dass die Wünsche des behinderten Menschen im Vordergrund stehen. Wünsche können, außer bei schwerster Demenz, meist noch geäußert werden und sollten ernst genommen werden.

6.6.2 Täglicher Umgang

Für den täglichen Umgang mit den erkrankten Personen sind Bezugspersonenmodelle mit einem möglichst geringen Mitarbeiter-Wechsel wünschenswert. Die Vertrautheit mit dem Betreuungspersonal ist sehr wichtig und erleichtert den Zugang bei „schwierigem“ Verhalten. Veränderungen im Alltag, welcher Art auch immer, stellen einen hohen Stressfaktor für Menschen mit Behinderung und einer demenziellen Erkrankung dar.

Die individuelle Gestaltung des privaten Wohnraums sollte sich an die demenzielle Entwicklung des behinderten Menschen anpassen. Das Betreuungspersonal muss dazu ergründen, was dem Menschen wichtig ist und worin seine Bedürfnisse liegen.

Beispiel

Bei zunehmender Demenz liegt oft ein erhöhtes Schlafbedürfnis vor bzw. ein Rückzug in das eigene Bett. Oft kommt es aber durch unkontrollierte Drehbewegungen zu Stürzen aus dem Bett. In solchen Fällen kann man natürlich ein Bettgitter anordnen lassen. Allerdings handelt es sich um eine freiheitsentziehende Maßnahme, die man sehr genau abwägen sollte und die nur als Ultima Ratio in Betracht kommt. Wir haben uns in diesen Fällen meist dazu entschieden, ein Bettnest für die betroffenen Bewohner einzurichten oder aber ein bis zum Boden verstellbares Pflegebett zu benutzen. Dadurch kann der Bewohner allerhöchstens aus dem Bett auf eine davor ausgebreitete Matte rollen. Zur Verrichtung pflegerischer Maßnahmen im Bett ist es je nach Bedarf höhenverstellbar.

Hilfreich sind angepasste Orientierungshilfen, z. B.

- ein bildhaft gestalteter Mitarbeiter-Dienstplan
- Piktogramme zur Bezeichnung von Funktionsräumen
- eine farbliche Abgrenzungs-Gestaltung von bestimmten Räumen, wie Küche, Gang, Büro

² Die folgenden Ausführungen beruhen auf den Erfahrungen der Autorin in ihrer Eigenschaft als Bereichsleitung Wohnen der Einrichtung Regens Wagner München.

- behindertengerechte Handläufe beidseits der Wegstrecken
- individuelle taktile und visuelle Gestaltung von Zimmertüren etc.

Ein farbiger Toilettensitz in einem weiß gefliesten Bad erleichtert die Orientierung und auch den Erhalt der Kontinenz enorm.

6.6.3 Erhaltung der Mobilität

Ebenfalls sinnvoll ist es, die Mobilität durch frühzeitig einsetzende Krankengymnastik und Ergotherapie zu erhalten. Die entsprechenden Übungen sollten durch die Mitarbeiter in der Einrichtung übernommen werden können, um dadurch eine möglichst große Kontinuität und den beabsichtigten Effekt zu erreichen. Die Übungen werden unter diesen Bedingungen im Langzeitgedächtnis der erkrankten Personen abgespeichert und sind somit über eine sehr lange Zeit abrufbar. Das Langzeitgedächtnis bleibt auch im Abbauprozess der dementen Persönlichkeit am längsten erhalten.

6.6.4 Zusammenarbeit mit Ärzten und Krankenhäusern

Sehr wichtig sind die kontinuierliche Überwachung des Gesundheitszustands der Bewohner und regelmäßige ärztliche Kontrollen. Ein vertrauter Hausarzt, den der Bewohner auch an sich herantreten und zur Untersuchung gewähren lässt, ist hier sehr hilfreich, ebenso dessen Zusammenarbeit mit den notwendigen Fachärzten. Das Betreuungspersonal sollte Kenntnis über die Routineparameter haben, was muss /sollte wann und in welchen zeitlichen Abständen kontrolliert werden. Da das Personal vor Ort den Bewohner am besten kennt, müssen Veränderungen seiner Persönlichkeit zuverlässig an die betreffenden Ärzte weitergegeben werden. Nur dadurch kann unter Umständen eine notwendige Behandlung rechtzeitig eingeleitet werden.

Keine wissenschaftlich gesicherten Anhaltspunkte gibt es für das plötzliche Auftreten von Epilepsie. Bewohner bekommen, wie wir in unserer Einrichtung immer wieder beobachtet haben, plötzlich und unerwartet epileptische Anfälle unterschiedlicher Schweregrade. Unserer Beobachtung nach tritt das vorwiegend im zweiten Stadium der Demenz auf. Die Epilepsie ist medikamentös meist gut behandelbar, wichtig ist dafür eine gute Zusammenarbeit mit einem Neurologen. Nach unserer Erfahrung verschwindet die Epilepsie in einem späteren Stadium wieder, ohne dass die medikamentöse Behandlung weitergeführt werden muss.

Bei der notwendigen Einweisung eines Bewohners ins Krankenhaus begleitet ihn immer ein Mitarbeiter, der ihn kennt. Eine Übergabe des Patienten an den anwesenden Arzt sowie an das betreuende Stationspersonal ist unerlässlich. Bei dieser Einweisung übergeben wir ein gut geführtes Notfallblatt, das neben den wesentlichen Behinderungsformen und der Medikation auch die persönlichen Eigenheiten und Ängste unseres Patienten enthält. Vermerkt sind ebenso die Telefonnummern der Wohneinrichtung für Rückfragen. Falls notwendig, werden von dem Personal unserer Wohneinrichtung auch Leistungen im Krankenhaus übernommen, wie z. B. das Verabreichen von Essen in dem Falle, dass sich „unser“ Patient dem Krankenhauspersonal gegenüber verweigert.

6.6.5 Vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Angehörigen

Ein wichtiges, aber schwieriges Anliegen ist die Arbeit mit Angehörigen. Sie haben oft große Probleme mit der demenziellen Erkrankung ihrer erwachsenen Kinder, so z. B. wenn sie in

ihrem eigenen Alterungsprozess von den Kindern überholt werden und sich womöglich sogar mit dem Sterben ihrer Kinder auseinandersetzen müssen. Manchmal kommt es zu Vorwürfen seitens Angehöriger gegenüber dem Betreuungspersonal, die aber in der eigenen Hilflosigkeit und Verzweiflung begründet sind. Es ist notwendig, sich für Gespräche mit Angehörigen ausreichend Zeit an einem ruhigen Ort zu nehmen. Keinesfalls sollten auftretende Probleme zwischen Tür und Angel besprochen werden. Hilfreich ist, sich Ankerpunkte zu suchen, die den Angehörigen zeigen, dass man den behinderten Menschen wahrnimmt und achtet. Es stellt nicht die eigene Fachlichkeit in Frage, wenn man hierzu auch den Fachdienst hinzuzieht!

6.6.6 Ernährung der Erkrankten

Die Ernährung führt im Verlauf einer demenziellen Erkrankung immer wieder zu Problemen. Oft wird bei einer Einweisung in ein Krankenhaus das Legen einer PEG-Sonde angeregt. Es erleichtert zweifellos die Ernährung des dementen Patienten und stellt dessen ausreichende Flüssigkeitsversorgung sicher. Dennoch sollte in jedem Einzelfall sorgfältig geprüft werden, ob die Sonde wirklich die richtige Wahl darstellt. Essen bedeutet für jeden Menschen einen hohen Genuss und ein bedeutsames Stück Lebensqualität. Mit dem Legen einer Sonde geht viel davon verloren. Grundsätzlich sollte vor dem Legen der Sonde eine Schluckuntersuchung durchgeführt werden, um die Funktionalität des Kehlkopfdeckels zu prüfen. Im positiven Falle besteht selbst dann, wenn der Bewohner nur langsam isst oder beim Trinken Schwierigkeiten hat, immer noch die Möglichkeit, Mahlzeiten zu pürieren bzw. Getränke anzudicken. Dazu dient z. B. Johannisbrotkernmehl oder Verdickungsmittel aus der Apotheke. Achtung ist insofern geboten, weil anfangs Durchfallerscheinungen auftreten können. Sie vergehen aber innerhalb weniger Tage.

6.6.7 Anforderungen an die Beschaffenheit des Wohnbereichs

Bei unseren Erfahrungen im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung haben wir auch einige „Problemzonen“ im Wohnbereich identifiziert, die wir in jedem Einzelfall überprüfen.

Der Wohnraum sollte möglichst einfach und übersichtlich für den Betroffenen gestaltet sein. Die Beibehaltung der gewohnten Ordnung von Möbel- und Erinnerungsstücken (z. B. auch nach einem notwendigen Umzug) ist sehr sinnvoll, da sie dem Bewohner Sicherheit und Halt gibt. Betreuer sollten das vom Bewohner als angenehm empfundene Maß an Ordnung bzw. „Unordnung“ akzeptieren, bei dem sich der Bewohner am besten zurechtfindet.

Spiegel und glänzende Böden verwirren oft, denn die Menschen erkennen ihr eigenes Bild im Spiegel nicht mehr und reagieren teilweise mit Aggression.

Beispiel

Eine Bewohnerin mit demenzieller Erkrankung reagierte stets an der gleichen Stelle im Wohnbereich mit Wutanfällen und lautem Schimpfen, für die es scheinbar keinen äußeren Anlass gab. Einem Mitarbeiter, zu dem sie großes Vertrauen hatte, erzählte sie dann in einer ruhigen Situation, dass es hier im Haus wohl eine Person gäbe, die immer wieder ihre Kleidungsstücke tragen würde. Die Bewohnerin hatte sich im Spiegel gesehen, sich selbst nicht wiedererkannt, allerdings ihre Kleidung. Das Abhängen des Spiegels an dieser Stelle (und auch in weiteren Bereichen in ihrem Wohnbereich) brachte eine deutliche Entspannung der Situation.

Licht und Schatten stellen scharfe Grenzbereiche im Sichtfeld dar, die nicht mehr richtig eingeordnet werden können und daher Unsicherheit verursachen. Eine gute Beleuchtung sollte daher in jeder Einrichtung Standard sein.

Höhe kann visuell nicht mehr richtig erfasst werden und sorgt daher besonders in Verbindung mit großen Fenstern für Angst. Dies betrifft z. B. auch Rolltreppen – die relativ schnelle Veränderung von Entfernung und Höhe kann kognitiv nicht mehr richtig verarbeitet werden. Leider sind auch Lifte nicht immer eine gute Alternative, vor allem dann, wenn sie offen gebaut sind. Achtsamkeit ist bei sogenannten offenen Plattformen mit einem gläsernen, durchsichtigen Boden geboten. Der Boden wird nur als durchsichtig und nicht als betretbare Fläche erkannt. Menschen mit einer demenziellen Erkrankung werden sich kaum auf eine solche Plattform begeben.

Große Vorsicht ist im Bereich von Bädern mit Mischbatterien angezeigt. Menschen mit einer demenziellen Erkrankung schätzen die Einstellung der Wassertemperatur nicht mehr richtig ein. Verbunden mit ihrem zumeist reduzierten Schmerzempfinden besteht die Gefahr, sehr schwere Verbürhungen zu erleiden. Auch bei Beachtung aller Vorsichtsmaßnahmen kann das Baden selbst auf Schwierigkeiten stoßen, wie das folgende Beispiel zeigt:

Beispiel

Eine demenziell erkrankte Bewohnerin unserer Einrichtung weigerte sich plötzlich zu baden. Sie begann bereits beim Betreten des Badezimmers zu schreien, sobald sie erkannte, dass sie in die Badewanne steigen sollte. Alle Versuche unsererseits, ihr das Baden mit Duftzusätzen, Musik, die sie mochte, und Mitarbeitern, denen sie vertraute, verlockend zu machen, scheiterten. Da das Baden für sie ganz offensichtlich hohen Stress bedeutete, wählten wir versuchsweise als Alternative das Duschen, das sie erstaunlicherweise gut annahm. Es war nicht das Wasser, das sie nicht mochte, sondern die Ungewissheit, dass sie in der Badewanne nicht erkennen konnte, wohin sie stieg. Sie konnte die Höhe des eingelassenen Wassers nicht mehr abschätzen und hatte so das Gefühl, in eine unbekannte Tiefe einsteigen zu müssen, wogegen sie sich verständlicherweise mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln wehrte.

Nicht unerwähnt bleiben darf auch die Prüfung von möglichen Stolperschwellen innerhalb der Einrichtung und im Zimmer des Bewohners, um die Verletzungsgefahr zu minimieren.

Wie bereits erwähnt, bedürfen auch freiheitsentziehende Maßnahmen einer genauen Überprüfung. Sie sind manchmal, aber durchaus nicht immer, notwendig und sollten gründlich überlegt sein bzw. beendet werden, wenn sie nicht mehr angebracht sind.

Zu einer problematischen Situation im Wohnbereich kann auch die nächtliche Unruhe und das „Wandern“ der Bewohner führen. Es ist wichtig zu wissen, dass das Gehen für demenziell erkrankte Menschen von zentraler Bedeutung ist, denn es gehört zu den wenigen Fertigkeiten, die der Betroffene anfangs noch selbständig ausführen kann. Gehen stärkt das Körper- und Selbstwertgefühl, gibt eine gewisse Entscheidungsfreiheit (wohin will ich?) und wirkt sich meist positiv auf die Grundstimmung aus. Oft drückt sich im Wandern auch eine Suche nach verlorenen Gegenständen, nach Menschen aus vergangenem Erleben oder allgemein nach Geborgenheit aus. Als mögliche Problemlösungen können in Betracht gezogen werden:

- laufen lassen – auf Sicherheit achten, der Weglaufgefahr vorbeugen
- Gibt es eine körperliche Ursache für die motorische Unruhe?

- darauf reagieren
- ablenken durch den Beginn einer Aktivität, die dem Bewohner Spaß macht, ihn dabei begleiten
- Sicherheit und Nähe vermitteln
- den Tagesablauf durch feste Strukturen ritualisieren – sie geben dem Bewohner Halt und Sicherheit, er bekommt das Gefühl, für bestimmte Dinge gebraucht zu werden, und das Herumlaufen verliert an Reiz
- ausreichende Tagesaktivität und körperliche Auslastung ohne Überforderungen fördern eine geregelte Nachtruhe

Wichtig ist auch, sich bei der Arbeit mit dem behinderten Menschen Zeit zu lassen! Das Kurzzeitgedächtnis ist nicht mehr in der Lage, neue Informationen aufzunehmen. Umstellungen im Tagesablauf oder neu angeschaffte Dinge werden daher als beängstigend und verunsichernd empfunden. Änderungen bei Handlungsabläufen führen also häufig zu einer kompletten Verweigerung.

6.6.8 Besonderheiten der Kommunikation

Wenn Bewohner zur sprachlichen Kommunikation noch fähig sind, muss an ihrer aktuellen Sprachkompetenz angeknüpft und dabei besonders auf den Sinngehalt des Gesagten geachtet werden.

Die Fähigkeit der Erkrankten, nichtsprachliche Aussagen zu verstehen, bleibt sehr lange erhalten. Daher ist es für die Betreuer extrem wichtig, auf die eigene Körpersprache zu achten. Besonders sensibel reagieren die erkrankten Bewohner, wenn die verbalen Aussagen der Betreuer nicht mit ihrer Körpersprache übereinstimmen. Die gegensätzlichen Botschaften verwirren sie und machen sie hilflos.

Besonders gut erreichbar sind die Menschen auf der Gefühlsebene.

Erfahrungsgestützte Empfehlungen zur Kommunikation lauten:

- begeben Sie sich auf Augenhöhe mit dem Gegenüber
- sprechen Sie das Gegenüber direkt an und schauen Sie es dabei an
- sprechen Sie langsam und deutlich
- benutzen Sie einfache und kurze Sätze
- übermitteln Sie nur eine Mitteilung auf einmal
- sprechen Sie in bejahenden Sätzen
- ermutigen Sie das Gegenüber, auf Fragen zu antworten
- lassen Sie dem Gegenüber Zeit für Antworten
- versuchen Sie nicht zu oft, die Antworten zu vervollständigen
- geben Sie nur vorsichtig Hilfestellungen

6.6.9 Verbleib in der letzten Lebensphase

Von grundsätzlicher Bedeutung ist die Auseinandersetzung mit dem Gedanken, ob ein Mensch mit Behinderung und einer demenziellen Erkrankung bis zu seinem Tod in der Einrichtung verbleiben kann. Die Bejahung einer derartigen Option ist nur möglich, wenn sie die Mitarbeiter mittragen können und wollen! Es handelt sich stets um Einzelfallentscheidungen, die im Team besprochen werden und auch nach Möglichkeit supervisorisch begleitet werden sollten.

Das Anlegen einer sogenannten „*unendlichen Liste*“, die wir ständig erweitern, hat sich bei uns als hilfreich erwiesen. Jeder Sterbefall in unserer Einrichtung wird vor- und nachbesprochen. Sobald eine Erkrankung aus medizinischer Sicht in den palliativen Bereich übergeht, laden wir möglichst den behandelnden Arzt zur nächsten Teambesprechung ein. Die Situation wird genau erläutert und Fragen von Mitarbeitern, z. B. was kann auf uns zukommen, wird Raum gegeben. Selbstverständlich finden regelmäßige Teambesprechungen zu der aktuellen Situation mit dem Ziel statt, die Lebensqualität des Betroffenen in der letzten Lebensphase möglichst hoch zu halten.

Der Verlauf jedes Todesfalles innerhalb der Wohneinrichtung sollte schriftlich festgehalten und allen Mitarbeitern zur Kenntnis gegeben werden. Sollten die Angehörigen eines Bewohners bereits Vorsorge für den Todesfall getroffen haben, so sollte diese auch bekannt sein.

6.7 Ausblick

Es muss leider konstatiert werden, dass es immer noch nur wenige Einrichtungen mit verschiedenen Wohnformen für geistig behinderte Menschen mit demenziellen Erkrankungen gibt, die bereit sind, ihren Bewohnern ein Zuhause bis zum Lebensende zu gewähren und die individuellen Vorkehrungen dafür zu treffen.

Ein Umdenken tut not! Das ist auch angesichts der demografischen Daten erforderlich. Sie zeigen, dass eine Stagnation von Erkrankungen an Demenz bei Menschen mit geistiger Behinderung frühestens im Jahre 2020 zu erwarten ist. Dieser Entwicklung mit einer „*Vogel-Strauß-Politik*“ zu begegnen, verkennt die Tragweite dieses offenkundigen Problems. Vorschläge zu seiner Lösung derart, die Betroffenen in Senioreneinrichtungen zu verlegen, ist definitiv der falsche Ansatz. Dort sind die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen, speziell von Menschen mit geistigen Behinderungen und demenziellen Erkrankungen, vollkommen unbekannt. Wie sollte ihnen dann entsprochen werden?

Der Bedarf eines Menschen mit Behinderung auf Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft endet nicht mit dem Beginn einer demenziellen Erkrankung! Standardlösungen sind nicht möglich. Angesichts der Abbauprozesse der Persönlichkeit, die mit der Erkrankung einhergehen, entstehen ganz unterschiedliche individuelle Bedürfnisse, deren Berücksichtigung professionelle Kompetenz und Flexibilität der Einrichtungsleitungen und der Mitarbeiter verlangt.

Unerlässlich ist die verständnisvolle Kooperation mit Fachärzten. Dazu wäre die Weiterentwicklung der ärztlichen Versorgung in verschiedenen Formen wünschenswert. Neben niedergelassenen Ärzten spielen Krankenhäuser dabei eine besondere Rolle. Sie erweisen sich für die Behandlung von geistig behinderten Menschen mit Demenz oft als nicht optimal geeignet, es sei denn professionelles Personal einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen arbeitet eng mit dem Krankenhaus zusammen.

Die Integration behinderter Menschen mit Demenz müsste in Einrichtungen der Behindertenhilfe zur Selbstverständlichkeit werden.

7 Palliativmedizin¹ und ärztliche Betreuung im Alter – Besonderheiten bei Menschen mit geistiger Behinderung

Jörg Augustin

7.1 Allgemeine Besonderheiten der Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung

Die Bedeutung der Palliativmedizin hat in den letzten Jahren in dem Maße zugenommen, in dem die Lebenserwartung der Bevölkerung steigt. Diese Tendenz ist nicht zuletzt dem Fortschritt der Medizin zu danken, lebensverlängernde Maßnahmen selbst bei Krankheiten, die sonst zum Tode geführt hätten, wirksam anzuwenden. Allerdings müssen die Patienten dafür vielfach Einschränkungen der Lebensqualität in Kauf nehmen, nicht zuletzt mitunter große Schmerzen. Die Palliativmedizin setzt an der Einschränkung der Lebensqualität der Patienten an, indem sie Wege findet, um diese Nachteile mit Hilfe geeigneter Mittel so weit wie möglich zu lindern. Bestimmte Krankheiten rücken unter diesen Umständen in den Blickpunkt der Medizin. Als besonders aufschlussreich erweist sich eine Übersicht über die häufigsten Todesursachen, auch aus dem Grund, dass gravierende Unterschiede zwischen Menschen mit geistiger Behinderung und der Gesamtbevölkerung auffallen.

Tab. 1: Vergleich der Carcinomarten in der Gesamtbevölkerung und bei geistig Behinderten (nach Sally-Ann Cooper, professor of learning disabilities, UK 2004)

Haupttodesursachen in der Gesamtbevölkerung	Haupttodesursachen bei Menschen mit geistiger Behinderung
Koronare Herzerkrankung Carcinome Cerebrovasculäre Erkrankungen	Atemwegserkrankungen angeborene Herzerkrankungen (cardiovasculäre Erkrankungen) Carcinome
Häufigste Carcinomarten in der Gesamtbevölkerung	Carcinomarten bei geistiger Behinderung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung
Niedrigere Carcinomraten für:	
Lungen	Lungen
Dickdarm	Prostata
Mamma	Nieren und harnableitende Wege
Höhere Carcinomraten für:	
	Ösophagus
	Magen
	Gallenblase
	Leukämien

¹ Palliativa (lateinisch: pallio = bemänteln) Linderungsmittel ohne die Krankheit zu beseitigen

Die beiden Vergleiche weisen bereits auf Besonderheiten hin, die für die ärztliche Betreuung von geistig Behinderten von Belang sind.

Auffällig ist auch die Häufung von Epilepsie. Sie beträgt

bei leichter geistiger Behinderung	7 – 15%
bei mittelgradiger geistiger Behinderung	45 – 60%
bei schwerer und schwerster geistiger Behinderung	50 – 82%

Zu den Besonderheiten zählt auch, dass Befindlichkeitsstörungen viel ernster als bei nicht behinderten Menschen genommen werden müssen. Sie liefern mitunter den einzigen Hinweis auf eine behandlungspflichtige Erkrankung.

Verhaltensstörungen/psychiatrische Erkrankungen sind ebenfalls davon betroffen. Die Verhaltensstörungen treten oft als Folge der eingeschränkten Ausdrucksfähigkeit auf.

Bei der zunehmenden Lebenserwartung, die auch geistig Behinderte einbezieht, wird die Demenzrate ansteigen. Im Vergleich zu der übrigen Gesamtbevölkerung ist eine Demenz bei geistiger Behinderung deutlich schwieriger zu diagnostizieren.

Hinsichtlich des Verdauungstraktes tritt die Gastroösophageale Reflux-Erkrankung deutlich häufiger als üblich auf. Zu beachten sind die Zwerchfellhernie, Megacolon/hypotones Colon (C. descendens) auch ohne Agangliose, Obstipation mit teils erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, Eß-, Kau- und Schluckstörungen.

Zahnerkrankungen treten bei geistig Behinderten ca. siebenmal häufiger auf als in der Gesamtbevölkerung.

Die Beachtung derartiger Besonderheiten ist für differenzialdiagnostische Überlegungen von großer Bedeutung.

Über die Anzahl von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland gibt es nur ungenaue Angaben. Im Gesundheitsbericht für Deutschland für das Jahr 1998 werden für das Jahr 1995 809.000 Menschen mit einer geistigen Behinderung angegeben. Dabei blieben die Schweregrade der Behinderung unberücksichtigt. Unter Beachtung von internationalen Angaben kann man annehmen, dass davon 50%, also ca. 400.000 Personen, als geistig schwer behindert anzusehen waren.

Die ärztliche Versorgung von Patienten aus diesem Personenkreis beschränkt sich nicht nur auf wenige Fachärzte, wie eine Übersicht der Inanspruchnahme von Vertragsärzten zeigt. Demnach waren im Jahre 2005 insgesamt 117.547 Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung tätig, d. h. pro Vertragsarzt werden durchschnittlich 3 bis 4 Patienten mit schwerer geistiger Behinderung versorgt. Besonders in Anspruch genommen wurden Allgemeinärzte, Internisten, Neurologen und Psychiater.

Die folgende Tabelle gibt einen differenzierten Überblick:

Tab. 2: Anzahl der Patienten mit schwerer geistiger Behinderung pro Vertragsarzt/-ärztin (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de)

Arztgruppen	Zahl der Ärzte	Anzahl von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung pro Arzt der jeweiligen Arztgruppe
Allgemeinärzte	42.302	10
Internisten	17.970	23
Neurologen, Psychiater	4.964	81

Die in die Gesundheitsversorgung der schwer geistig Behinderten einbezogenen Ärzte und Angehörigen des weiteren medizinischen Personals werden bei der Ausübung ihrer Tätigkeit mit besonderen Anforderungen konfrontiert. Einmal müssen sie damit rechnen, dass die Patienten nicht laufen, nicht flüssig reden sowie komplexe Zusammenhänge nicht problemlos erfassen können und noch weitere Auffälligkeiten zeigen. Zum anderen ist ebenso wichtig und hilfreich zu wissen, dass geistig Behinderte durchaus auch über Fähigkeiten verfügen: Sprachverständnis ist auch bei fehlendem aktivem Sprachvermögen fast immer vorhanden. Allerdings kann man Mitteilungen und Hinweise nur dann geben, wenn man mit dem Patienten auch spricht und ihn aktiv an der Therapie teilnehmen lässt. Dabei kann man in Einzelqualitäten auf erstaunliche intellektuelle Fähigkeiten stoßen.

Geistig behinderte Patienten zeigen sich für gesundheitliche Maßnahmen dann aufgeschlossener, wenn sie persönlich angesprochen und als Gesprächsteilnehmer betrachtet werden. Selbst bei einem Patienten mit einer schweren geistigen Behinderung ist es möglich, *mit* ihm und *nicht über* ihn zu sprechen.

Der behandelnde Arzt ist gut beraten, wenn er die folgenden Punkte beachtet:

- Einbeziehen von Angehörigen, Vertrauten und Pflegenden in Entscheidungsprozesse
- kein „Abwälzen“ der Entscheidungen auf andere
- Vorausgehen des Arztes kraft seines Wissens, seiner Erfahrung und seiner Autorität, aber kein Erteilen von Befehlen!
- zur Verfügung stehen

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit bewährt sich vor allem deshalb, weil Angehörige, Betreuer und das Pflegepersonal mit den Gepflogenheiten, Äußerungen und Reaktionen der geistig Behinderten in der Regel besser vertraut sind als der behandelnde Arzt.

7.2 Palliative Sterbebegleitung

7.2.1 Allgemeines zum Sterben

Kaum jemand stirbt für sich allein! Meistens stellt der Tod an sich nicht das Problem dar. Vielmehr bewegt der Sterbeprozess mit den damit verbundenen Ängsten den Sterbenden ebenso wie die ihn versorgenden (Bezugs-)Personen.

Es ist das Anliegen palliativer Sterbebegleitung, dass der Sterbende möglichst schmerz- und angstfrei „*einschlafen*“ kann und sich die Betreuenden und Angehörigen ebenfalls angstfrei fühlen.

Übereinstimmung aller Betreuenden und Angehörigen herrscht in der Regel in dem Verständnis, dass nichts getan werden soll, was das Leiden und Sterben verlängert, aber alles, um dem Sterbenden zu helfen. Widerspruch tut sich oft in der Interpretation des Begriffs „*alles*“ auf. Gerade der Verzicht auf eine Maßnahme bedeutet nicht von vornherein, Hilfe zu verweigern. Im Gegenteil kann darin gerade die entsprechende Hilfe bestehen.

7.2.2 Sterbephasen

Man unterscheidet vier Sterbephasen:

- *Die Krankheit führt zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes*
- *Der Eintritt in die Sterbephase*
 - Wichtigste Phase. Was jetzt an Symptomkontrolle nicht geschafft wird, überdeckt frühere und folgende Therapieerfolge in negativer Weise!
 - Der Patient zeigt oft Unruhe, evtl. delirante Symptome, Schmerzen, Atemnot.
 - Ein zunehmender Bewusstseinsverlust tritt ein. – Zentralisierung; kalte Extremitäten, marmorierte Haut.
 - Erlöschen des Hustenreflexes – Rasselatmung; beängstigend für Betreuende, bei fehlender inspiratorischer Behinderung kein Handlungsbedarf.
 - Unsicherheit, Nervosität und gegebenenfalls Aktionismus ergreifen Angehörige, Pflegende und mitunter auch behandelnde Ärzte.
- *Die Stabilisierungsphase*
 - Die Symptome des Sterbenden geraten zunehmend unter Kontrolle.
 - Die Angehörigen stabilisieren sich meistens auch.
- *Letzte Stunden*
 - Veränderung der Atmungsmuster; schnelle, tiefe Atmung – unregelmäßige Atmung – flache Atmung – Schnappatmung
 - Atem- und Kreislaufstillstand
 - Abschied nehmen

(nach Bausewein, S. u. a. (2010) sowie eigenen Beobachtungen)

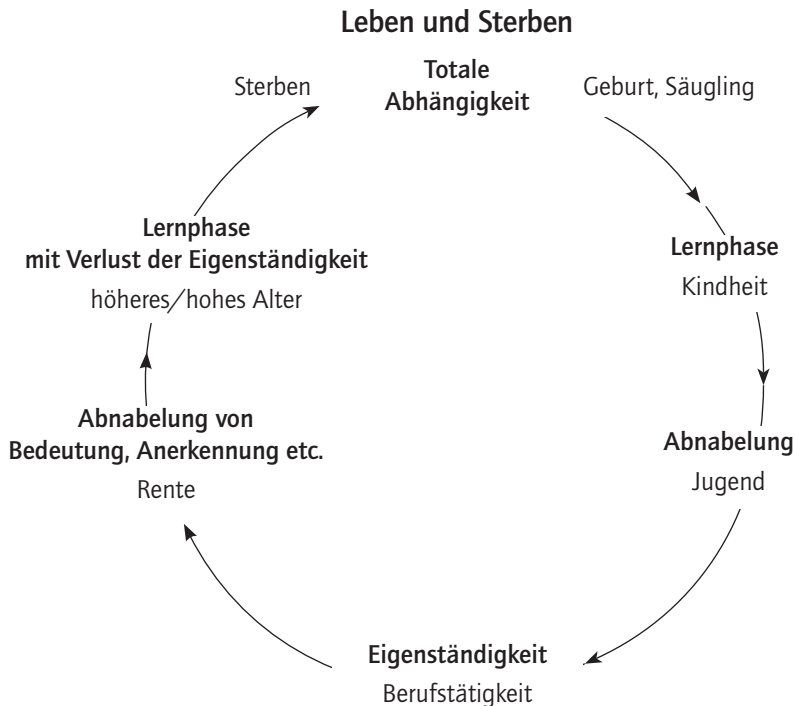
7.2.3 Sterbende und Angehörige sowie Betreuende

Für den Sterbenden ist nach seinem Tod die „*Angelegenheit*“ wahrscheinlich erledigt. Dagegen wird die Aufarbeitung zahlreicher Probleme und Diskussionspunkte, die während der Sterbephase die Angehörigen und Pflegenden mehr oder weniger beschäftigt und vielleicht sogar aufgeregt haben, nach dem Tod des Patienten fortgesetzt oder erst richtig aufgenommen. Für die Angehörigen und Pflegenden besteht nach dem Tod des Patienten keine Möglichkeit mehr, ihr Handeln zu korrigieren.

Sterbebegleitung heißt deshalb immer, den Sterbenden und die Angehörigen oder Vertrauten sowie die Pflegenden zu begleiten! Es ist wichtig, alle Beteiligten über die möglichen Verläufe

der Sterbephasen aufzuklären, auf auftretende Symptome vorzubereiten und hinzuweisen sowie ihre Bedeutung für den Sterbenden zu erläutern.

Der Tod muss als etwas Natürliches verstanden werden. Leben und Sterben bilden einen geschlossenen Kreislauf.



7.2.4 Schwierigkeiten, den Wendepunkt vom Leben zum Sterben bei geistig Behinderten zu erkennen (Point of no return)

Der Mensch mit geistiger Behinderung muss in seiner Persönlichkeit, seinem Empfinden und mit seiner Behinderung voll und ganz akzeptiert werden. Dazu gehört auch, ihn nicht von Trauerfällen in Familie, Freundes- und Bekanntenkreis ausgrenzen. Nur wer Sterben als etwas Normales und Unausweichliches erlebt, kann sich auch mit dem eigenen Tod auseinandersetzen. Auch bei Menschen mit geistiger Behinderung sollte der eigene Sterbeprozess nicht der erste Kontakt mit dem Sterben sein!

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Betreuung sterbender geistig Behinderter Teamarbeit in besonderer Weise bedeutet. Die subjektiven Beschwerden des Sterbenden müssen gelindert und die Angst möglichst genommen werden. Man darf nie lügen!

Es ist besonders wichtig, die Anzeichen für die einzelnen Sterbephasen zu erkennen. Das zunehmende Nachlassen von Reaktionen der Patienten auf ihre Umgebung, bzw. auf die Aktivitäten der Betreuenden, ebenso wie die zunehmende Abneigung gegen Essen und auch gegen Trinken kann wichtige Hinweise geben. Spätestens hier erweist sich der große Wert der Biographiearbeit bei Menschen mit geistiger Behinderung bzw. eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit indem

die aktuelle Reaktionsweise im Vergleich zu früheren die Beurteilung der gegenwärtigen Situation besser ermöglichen.

Rückschlüsse sind aus der Entwicklung der Kontaktaufnahme und Kontakterwiderung (insbesondere bei Autisten) zu ziehen.

Erfolgt eine Reaktion auf die Annäherung von Personen, gibt es dabei eine Seitenbevorzugung z. B. bei Autisten, auf das Ansprechen oder eine Berührung?

Die Beurteilung der Reaktion auf Berührung ist wichtig, da die Haut als perzeptives Sinnesorgan in der Sterbephase meist erhalten bleibt, wenn andere Sinne wie Sehen oder Hören bereits weitgehend ausgefallen sind.

7.2.5 Problematik der ärztlichen Betreuung Sterbender mit geistiger Behinderung

7.2.5.1 Problematik der ärztlichen Betreuung Sterbender mit geistiger Behinderung am Beispiel Schmerz

Wie ist Schmerz bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit erkennbar?

Hinweise geben dafür Unruhe, Gesten, schnelle Atmung/Puls, Schwitzen.

Durch Perkussion oder Ultraschall ist abzuklären, ob z. B. Harnstau, oder eine Harnentleerungsstörung mit großer Harnblase als Ursachen für Unruhe in Frage kommen. Evtl. ist hier ein transurethraler/suprapubischer Katheter einzusetzen.

Ebenso kann eine Obstipation die Ursache sein. Ggf. sind Klistier oder Einläufe zu erwägen.

Wie verhält man sich bei Patienten mit schon immer geringem Schmerzempfinden? Im Zweifel lautet die Entscheidung pro Schmerztherapie!

Als Faustregel gilt nach C. Bausewein, dass Medikamente, die zur Schmerz-/Symptomlinderung erforderlich waren, auch in der letzten Sterbephase weitergegeben werden.

7.2.5.2 Problematik der ärztlichen Betreuung Sterbender mit geistiger Behinderung am Beispiel Dyspnoe

Wie ist Dyspnoe bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit erkennbar?

Hinweise geben dafür Unruhe, schnelle Atmung/Puls, Cyanose, Blässe <-> Anämie, Schwitzen. Durch Perkussion, oder Ultraschall ist abzuklären, ob ein Pleuraerguß vorliegt. Evtl. dient eine Pleurapunktion unter Ultraschallkontrolle, die ambulant möglich ist, dazu, hier Erleichterung zu verschaffen. Aszites („Bauchwasser“) kann ebenfalls zu Atemnot führen, da er zu Zwerchfellhochstand und Einschränkung der Atemexkursionen des Zwerchfalls führen kann. Bei Pleura- und Aszitespunktion muß letztere zuerst durchgeführt werden.

Laboranalysen werden in der Sterbephase nur selten benötigt.

7.2.5.3 Problematik der ärztlichen Betreuung Sterbender mit geistiger Behinderung am Beispiel Durst

Das uns bekannte Durstgefühl existiert in der Sterbephase mit höchster Wahrscheinlichkeit nicht mehr. Das Schlucken von Flüssigkeit wird sogar abgewehrt bzw. kann zum „Verschlucken“ und Aspiration führen.

Demgegenüber wird die Befeuchtung der Mundschleimhaut als angenehm und durstlöschend empfunden. Damit einher geht die Beruhigung des Patienten, die allerdings bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit auch schwieriger zu beurteilen ist.

Infusionen können im Falle von zunehmendem Kreislaufversagen zu Lungenstauung und zunehmender Atemnot führen. M. E. sind Infusionen ggf. besser subcutan zu verabreichen. Bei einer Resorption der Infusion ist der Kreislauf noch einigermaßen intakt. Tritt dagegen an der Infusionsstelle ein persistierendes Ödem auf, ist die Resorption nicht mehr möglich. In diesem Falle sollten keine Infusionen mehr verabreicht werden.

7.2.5.4 Problematik der ärztlichen Betreuung Sterbender mit geistiger Behinderung am Beispiel Angst

Angst kann Atemnot und Unruhe verstärken, es kann zu wechselseitiger Verstärkung der Symptome kommen. Angst ist mitunter gerade bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit oft schwer zu erkennen. Daraus folgt, beruhigend zugegen zu sein. Als Medikamente kommen Lorazepam (*Tavor*®) und Midazolam (*Dormicum*®) in Betracht.

7.2.5.5 Orte des Geborgenseins in der letzten Lebensphase

Argumente für den Verbleib eines sterbenden Menschen mit geistiger Behinderung zu Hause

Für den Verbleib des Sterbenden zu Hause bzw. in der Wohngruppe spricht die Beibehaltung der vertrauten Umgebung, wodurch der Kontakt mit der Familie und geliebten Mitmenschen aufrechterhalten bleibt. Die Familienangehörigen bzw. enge Vertraute verstehen den Menschen mit geistiger Behinderung am besten und können somit die verbale und non-verbale Kommunikation so lange wie möglich gewährleisten. Die Kontinuität des Umfeldes vermittelt ein Gefühl der Geborgenheit.

Diese Argumente sprechen auch für den Verbleib eines Sterbenden in einem Wohnheim/einer Wohngruppe, die in der vergangenen Zeit zu seinem zweiten Zuhause geworden sind.

Argumente für die Aufnahme eines sterbenden Menschen mit geistiger Behinderung in eine Klinik oder ein Hospiz

So gern manch eine Familie ihrem geistig behinderten Angehörigen das Lebensende zu Hause ermöglicht hätte, so sehr fehlen dafür in vielen Fällen die Voraussetzungen.

Es können zu kleine Räumlichkeiten vorhanden sein, um z.B. ein Pflegebett aufzustellen. Die personellen Möglichkeiten können fehlen, weil einmal die Eltern des Sterbenden zu alt und keine weiteren Angehörigen verfügbar sind. Selbst wenn sie verfügbar wären, kann es sein, dass sich Eltern oder Angehörige dem psychischen Druck nicht gewachsen fühlen. Man sollte diesen Zustand nicht unterschätzen und dieses Verhalten keinesfalls als „Versagen“ kritisieren! Fehlende

Voraussetzungen können auch darin bestehen, dass die medizinische, speziell die ärztliche, Versorgung zu Hause und nicht gewährleistet werden kann. Eventuell ist auch kein ambulanter Pflegedienst verfügbar.

Auch in Wohngruppen für Menschen mit geistiger Behinderung kann der Verbleib von sterbenden Bewohnern nicht gesichert werden, wenn z. B. die personellen Voraussetzungen kurzfristig oder dauerhaft nicht vorhanden sind. Dafür kommen Urlaub oder Krankheit von Mitarbeitern ebenso wie Umstrukturierungen in Betracht (s. Bausewein, C. u. a., a. o. O.).

Letzte Lebensphasen in einem Wohnheim – was sollte beachtet werden?

Es bedarf grundsätzlich in jedem einzelnen Fall der Entscheidung, ob der geistig behinderte Mitbewohner in der Wohngruppe sterben darf. Einbezogen werden sollten in diese Entscheidung der Betreffende selbst, das gesamte Betreuerteam, die Wohnstättenleitung, die Angehörigen, der Fachdienst, der Hausarzt, gegebenenfalls das Seelsorgeteam und die Nachtdienste.

Falls einzelne Mitarbeiter aus persönlichen oder anderen Gründen der Situation nicht gewachsen sind, muss ihnen die Möglichkeit eingeräumt werden, sich zurückzuziehen. Die Mitbewohner der Wohnstätte werden informiert.

Sobald die Erkrankung eines Patienten in den palliativen Bereich übergeht, sollte der behandelnde Arzt an der nächsten Teambesprechung teilnehmen, die bestehende Situation genau erläutern und alle auftretenden Fragen, wie etwa: was kann kommen, beantworten. Die Besprechungen werden regelmäßig fortgeführt. Falls ein Mitarbeiter eines Hospizes benötigt wird, muss der entsprechende Kontakt aufgenommen werden.

Das Team selbst muss sich dahingehend verständigen, wie vorgegangen werden soll, um die Lebensqualität des Bewohners in seinen letzten Lebensphasen möglichst hoch zu halten und ihm Beschwerden abzunehmen. Im täglichen Umgang mit dem Sterbenden sind alle seine Wünsche nach Möglichkeit zu erfüllen. Die Betreuer erkennen sie in der Regel auf Grund ihrer Erfahrungen in seinen verbalen und nonverbalen Äußerungen und Reaktionen. Dazu gehört zu erkunden, was der Bewohner besonders gern mochte. Die Erfahrungen des Bezugsbetreuers, der Angehörigen, sowie Angaben aus der Dokumentation und der Biographie werden dazu hinterfragt. Es ist wichtig zu wissen, ob es dem Betreffenden jetzt noch gut tut, Musik zu hören, berührt oder massiert zu werden. Kann er an bestimmten Aktivitäten noch teilnehmen? Wie steht es um sein Essen und Trinken? Möchte er gern besucht werden, liebt er Tiere und frische Luft? Vielleicht hat er das Bedürfnis, ehemalige Arbeitskollegen aus der Werkstatt oder Freunde noch einmal zu sehen.

Die Erfahrungen von Theologen, z. B. aus der Gestaltung früherer Gottesdienste oder zurückliegender Trauerarbeit nach Verlust nahestehender Personen ist für die Betreuung des jetzt sterbenden Menschen von großer Bedeutung. Krankengymnasten können berichten, wie der jeweilige Patient bei für ihn neuen oder „gefährlich“ erscheinenden Übungen reagiert hat, z. B. mit Zittern oder feuchter Haut. Somit kann eine feuchte Haut am Lebensende oder in der Sterbephase ein Hinweis auf Angst oder einen ähnlichen Zustand sein, sofern es keine andere Ursache wie Fieber, Hyperthyreose etc. gibt.

Umgekehrt kann es Umstände geben, die dem Bewohner lästig werden und ihn bedrücken, so dass sie schnell zu seinen Gunsten verändert werden müssen.

Zwei Beispiele sollen die Bedeutung dieser Aussagen unterstreichen.

Norbert S.

Bewohner mit Down-Syndrom und Demenz. Letztere nahm einen sehr schnellen Verlauf.

Zuerst stellten sich Verhaltensauffälligkeiten ein, gefolgt von der Verweigerung zu essen und zu trinken. Der Patient litt an Stimmungsschwankungen, in einem Extrem mit Schreien oder dem Rückzug in sich selbst. Diese Phase dauerte ca. einen Monat.

Die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme wurde immer schwieriger bis zur totalen Verweigerung. Die Schwester des Patienten sprach sich gegen die Anlage einer PEG aus und entsprach damit der gleichen Ansicht des Teams.

Der Patient selbst zog sich immer weiter in sich selbst zurück und wollte nur noch schlafen. Zeitweise reagierte er noch auf basale Stimulationen vom Betreuungspersonal. Zu diesem Zeitpunkt wurde der Kontakt mit dem Palliativmediziner aufgenommen.

Zuerst erfolgten subkutane Infusionen, die anfangs gut und nach kurzer Zeit schlecht resorbiert wurden. Nach Rücksprache mit der behandelnden Hausärztin und dem Palliativmediziner erfolgte deren Einstellung. Weitere Angebote, Flüssigkeit aufzunehmen, wurden abgelehnt. Die gute Mundpflege empfand der Patient dagegen als angenehm. Weiterhin erfolgte eine basale Stimulation. Er reagierte z. T. noch positiv auf klassische Musik (Rückgriff auf die Biografie). Letztlich konnte Herr Sch. ruhig einschlafen.

Brigitte S.

Bewohnerin mit Down-Syndrom und Demenz

Der Verlauf der demenziellen Erkrankung erstreckte sich über ca. zwei Jahre. Sie erhielt Antidementiva, die anfangs eine positive Wirkung zeigten, allerdings nur über einen Zeitraum von ca. einem halben Jahr.

Trotz des Abbaus ihrer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit nahm sie wahrnehmbar an dem Leben der Gemeinschaft teil.

Es entwickelte sich Epilepsie mit Petit-Mal-Anfällen. Es fiel sehr schwer, die Bewohnerin medikamentös einzustellen. Schluckstörungen mit mehreren Aspirationspneumonien traten zunehmend auf.

Bei einem Krankenhausaufenthalt der Bewohnerin wurde von den Angehörigen die Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) aufgeworfen. Der behandelnde Arzt stellte der sehr alten Mutter der Patientin die Frage, was sie sich davon noch verspräche. Die Angehörigen reagierten mit Entsetzen, so dass eine PEG angelegt wurde.

Inzwischen war die Bewohnerin komplett bettlägerig geworden. Sie zog sich immer mehr in sich selbst zurück, reagierte aber noch deutlich auf ihre Angehörigen und auch auf Mitarbeiter, die sie gerne mochte. Trotz PEG traten wiederholt Reflux und Speichelaspiration auf. Ein Palliativmediziner wurde hinzugezogen. Gemeinsam mit der Hausärztin und den Angehörigen fiel die Entscheidung, beim Auftreten der nächsten Pneumonie kein Antibiotikum mehr zu verabreichen. Es entwickelte sich eine „*rasselnde Atmung*“. Das anfangs durchgeführte Absaugen, das mit Hilfe eines hinzugezogenen Pflegedienstes erfolgte, zeigte keine positive Wirkung. Das Rasseln trat wenige Minuten danach wieder auf. Offensichtlich war das Absaugen von der Patientin auch als

extrem unangenehm empfunden worden, wie aus dem verschlossen gehaltenen Mund und Bissen auf den Sauger zu entnehmen war. Diese Gründe führten dazu, das Absaugen einzustellen. Eine häufige und gründliche Mundpflege wurde von ihr problemlos toleriert und nach unserer Beurteilung auch als angenehm empfunden. Die Bewohnerin reagierte darauf ohne Unbehagen.

Die epileptischen Anfälle traten verstärkt auf, ohne dass eine medikamentöse Einstellung möglich gewesen wäre. Entweder trat eine Sedierung mit Dauerschlaf ein oder es erfolgte eine zu geringe Wirkung.

Es fanden immer wieder Gespräche mit der Hausärztin und dem Palliativmediziner statt. Gemeinsam entschieden sie sich zum Einsatz von Morphin, worauf Entspannung eintrat und weniger Atemprobleme auftraten. Nach wenigen Tagen kam es zu Ateminsuffizienz und Zyanose. Schließlich verstarb die Bewohnerin ruhig und friedlich im Beisein ihrer Mutter.

Jeder Todesfall in einer Wohngruppe sollte in allen seinen Phasen nachbesprochen und Schlussfolgerungen für das zukünftige Verhalten gezogen werden.

Formelle Vorkehrungen für den Umgang mit Sterbenden in einem Wohnheim

Mit dem zunehmenden Lebensalter von Bewohnern mit geistiger Behinderung in einem Wohnheim und der Häufung von demenziellen Erkrankungen muss jederzeit mit Sterbefällen gerechnet werden. Jede Wohnstättenleitung muss deshalb darauf vorbereitet sein und über Planungen verfügen, wie mit einer solchen Situation umgegangen werden soll. Diese Planungen müssen auch für jeden Mitarbeiter einsehbar sein!

Dazu gehört ein Verzeichnis von Notfallnummern, unter denen

- Wohnstättenleitung
- Hausarzt
- Palliativmediziner
- und evtl. das Hospiz

zu erreichen sind.

Es ist wichtig, dass die handelnden Personen, also Ärzte und Betreuer über aktuelle rechtliche Entwicklungen informiert werden, um beurteilen zu können, wie angesichts der eingeschränkten Beurteilungsfähigkeit komplizierter Zusammenhänge von Menschen mit geistiger Behinderung z.B. in Bezug auf Patientenverfügungen zu verfahren ist.

Hinweise sind zu fixieren, wie sich Arzt und Betreuer verhalten sollen, falls bei Menschen mit geistiger Behinderung ein Bewusstseinsverlust auftritt, der nicht unmittelbar einen tödlichen Ausgang nehmen wird. Welche Maßnahmen sind ggf. durchzuführen, welche dürfen unterlassen werden, wann ist ggf. das Vormundschaftsgericht einzuschalten?

Im Sterbe- und Todesfall sollte die Wohnstättenleitung die Information der Angehörigen übernehmen. Es ist ratsam, mit diesem Personenkreis bereits im Vorfeld abzustimmen, zu welchem Zeitpunkt sie informiert werden wollen. Klarheit sollte darüber bestehen, wer die Leichenschau vornimmt, ob es eine Bestattungsvorsorge gibt und wie das betreffende Institut zu erreichen ist.

Es ist zu klären, ob der Verstorbene bis zur Abholung durch den Bestattungsdienst in der Wohngruppe verbleiben kann und was dabei zu beachten ist. (Zimmer absperren, Fenster öffnen?)

In Betracht zu ziehen ist, ob diensthabende Mitarbeiter der Situation gewachsen sind und unter Umständen selbst seelsorgerischer Unterstützung bedürfen.

Die beteiligten Mitarbeiter sowie Mitbewohner sind zu informieren. Je nach der in der Wohnstätte üblichen Abschiedskultur ist zu verfahren.

7.2.6 Rechtliche Aspekte am Ende des Lebens bei Menschen mit geistiger Behinderung

Grundlagen

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2004):

Dtsch Arztebl 2004; 101 (19)

Betreuungsrecht:

BGB § 1901 - 1906

In aller Regel gibt es von Menschen mit einer geistigen Behinderung keine Patientenverfügungen. Der Patientenwille wird teilweise von Angehörigen, gesetzlichen Betreuern, Mitarbeitern, Ärzten gekannt. Der gesetzliche Betreuer für „Gesundheitssorge“ ist umfassend befugt, im Sinne des Betreuten zu entscheiden

§ 1904 neue Fassung

Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

(3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.

(4) Eine Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901 a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

Vorschrift neu gefasst durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29.07.2009 (BGBl. IS. 2286) m. W. v. 01.09.2009.

Bei Diskrepanz zwischen dem Willen des gesetzlichen Betreuers und der behandelnden Ärzte muss ebenfalls das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden. Der gesetzliche Betreuer wird durch das Vormundschaftsgericht kontrolliert (evtl. Bestellung eines Verfahrenspflegers z. B. bei Befangenheit).

Die ärztliche Entscheidung kann durch ein vom Vormundschaftsgericht angefordertes externes Sachverständigengutachten überprüft werden mit der Fragestellung, ob die Entscheidung den Regeln der ärztlichen Kunst, abgestimmt auf die jeweilige Situation, entsprochen hat.

Für die Praxis

In der akuten Sterbephase treten meist wenig Probleme auf. Ansonsten besteht weiterhin eine Grauzone. Unbedingt anzuraten sind interdisziplinäre Besprechungen mit dem gesetzlichen Betreuer, den Angehörigen, den Mitarbeitern und Ärzten, um den mutmaßlichen Patientenwillen zu ergründen und das weitere Vorgehen zu reflektieren. Dies muss gut dokumentiert werden.

Wenn hier Konsens herrscht, können weitreichende Entscheidungen gemeinsam verantwortet und getragen werden (z. B. eine weitere Krankenhauseinweisung nicht mehr durchzuführen, wenn dies die Lebensqualität nicht bessert).

Bei unklarer Rechtslage oder Dissens empfiehlt es sich, das Vormundschaftsgericht hinzuzuziehen, nach Möglichkeit in persönlichem Gespräch.

Wünschenswertes für die Zukunft

Personal der ambulanten Krankenpflege und von Hospizdiensten für die Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung speziell aus- bzw. weiterbilden.

Zusammenarbeit dieser Dienste mit einem stationären Hospiz, um bei einer erforderlichen stationären Weiterbetreuung die Kontinuität zu gewährleisten.

Eine Behinderten-Einrichtung, welche einen ambulanten Pflegedienst anböte, könnte versuchen, Voraussetzungen zu schaffen, um Sterbende mit geistiger Behinderung bei sich aufzunehmen, wenn die häusliche Versorgung nicht mehr gewährleistet ist und eine stationäre Aufnahme in einem Hospiz nicht nötig ist oder nicht gewünscht wird.

Schaffung von Strukturen, die es interessierten Ärzten ermöglichen, Menschen mit geistiger Behinderung am Lebensende und in der Sterbephase in ausreichendem Maße zu betreuen, wie ein MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum oder die Bereitstellung von Betten an einer Klinik.

Die altbekannte, absolut berechnete und in Deutschland nach wie vor leider nicht erfüllte Forderung durchzusetzen, im Medizinstudium und bei der Aus- und Weiterbildung der Ärzte Lehrinhalte speziell für Menschen mit geistiger Behinderung zu implementieren!

8 Seit Alkmaion von Kroton – Gesundheit als Balance von Gegensätzen

Friedrich Kleinhempel

8.1 „Hauptsache gesund – Prosit!“

Gegenwärtiges „*Gesundheitswesen*“ ist immer noch viel weniger auf Gesundheitsprophylaxe und Gesundheitserhalt als viel mehr auf die „*Reparatur von Leiden*“ (Winnacker nach Beckmann 2002) ausgerichtet. Es scheint, Operieren, Therapieren und Kurieren, möglichst mit großem wissenschaftlichen und kompliziertem technischen Aufwand, zahle sich für ein Medizinsystem lukrativer aus als langfristig vorbeugender Gesundheitsschutz – der *kostet* Geld.

Doch krank sein und leiden wollen wir wohl alle möglichst nicht, sondern gesund sein und gesund bleiben. Naturgemäß streben wir Menschen nach dem Positiven, nach dem Günstigen, nach Glück, Gelingen und Erfolg in jeder Hinsicht. Stets in der Geschichte wurde dieses Streben von Philosophen artikuliert. Doch besitzen wir dafür überhaupt hinreichend Verständnis und Handlungskompetenz als Voraussetzungen „*salutogenen*“ Verhaltens, zum Beispiel gemäß Aaron Antonowskys Konzept des Kohärenzgefühls, zu Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit im Gefühl des Vertrauens? (Antonowsky 1997, 36)

Auch heißt es: „Alle Menschen streben nach Heil.“ (Jacobs 2000, 4)

Alle? Dieser Satz fände vermutlich allgemein Zustimmung, wenn Heil nicht nur religiös *eng* sondern ethymologisch *weiter* interpretiert würde. Heil bedeutet auch *ganz*, im Sinne von unbeschädigt, unverletzt, unzerstört, ebenso: straffrei, erfolgreich oder wohlauf. In seinem religiösen Sinne steht Heil in der „*Heiligen Schrift*“ mit dem griechischen Ausdruck *soteria* für Errettung (von Sünde und von Tod als Strafe für Sünde), für Verwirklichung gottgefällig sittlicher Vervollkommnung – im Gegensatz zur Gottentfremdung des *sündigen* Menschen. „*Hosianna!*“ heißt ein Gebetsruf im Alten Testament: O Herr, lass wohl gelingen, gib Glück und Heil! (Psalter) Wer sein Leben als *ganz*, glücklicher Mensch selbst verwirklichen möchte, will letztlich *heil* sein und bleiben. Glück und Heil sind vom sprachlichen Ursprung her verwandt.

„Leider haben sie sich [...] im Sprach- und Lebensverständnis der Menschen sehr auseinanderentwickelt. Während Glück zum Alltagsbegriff geworden ist, wurde Heil für viele zu einem Wort der religiösen Spezialisten.“ (Jacobs, 2000, 4)

Gesundes, heiles und glückliches Menschsein befinden sich in engsten biopsychosozialen einschließlich soziokulturellen Zusammenhängen – sich wohlfühlen ist Gesundheitspotenzial!

Für Gesundheit, Heil und Glück unternehmen wir Anstrengungen und Geldausgaben. Zu Geburtstagen wünschen wir uns gegenseitig „*vor allem Gesundheit – die ist das Wichtigste. Prosit – zum Wohle!*“ – und stoßen frevlerisch mit dem Gesundheitsgift Alkohol darauf an! Das „*Prosit*“ meint eigentlich „*Für den Durst*“, unterstellt man die lateinischen Wörter *sitis* = dürsten, lechzen, oder *sitis* = Durst, Trockenheit, Begierde. „*Zum Wohle*“ im Sinne von Gesundheit und allgemeinem Wohlergehen lautete der antike römische Gruß „*salus*“.

Der Autorität Salus, Göttin für Gesundheit und Wohlfahrt, wurde im antiken Rom für Rettung, Heil und Gedeihen gehuldigt. Salus gewährte das allgemeine Staatswohl (*salus publica*), war Personifizierung der privaten und staatlichen Wohlfahrt. Später wurde Salus auch mit der (historisch älteren) griechischen Göttin Hygieia identifiziert und weiterhin als Schützerin der Gesundheit verehrt; „*salutatio*“ als Begrüßungszeremonie nannte man den morgendlichen Empfang der Klienten durch einen Patron, für Gesuche, Ratschläge, Projekte und Unterstützungen. Für viele Römer war *salutatio* am Morgen ein wichtiges Ereignis im Alltag ihres gesellschaftlichen Lebens. (Weber 1995, 47) In weiteren Beziehungen begegnet uns die römische Heils- und Gesundheitsgöttin Salus noch heute: Militär salutiert zum Gruße. Eine große Angelegenheit wird durch *Salut*schießen begrüßt. Mit „*Salute!*“ oder „*Salut!*“ grüßen sich Leute in vielen romanischen Ländern sowie Katholiken zu ihrem Abendgottesdienst. *Salutisten* nennen sich die Anhänger der Heilsarmee, der „*armée du salut*“. *Salubrität* bezeichnet gemäß lateinischer Herkunft und medizinischer Indikation einen gesunden Zustand. (Schaldach 1973, 686) *Salutogenetik* schließlich erweist sich als die junge Lehre vom Entstehen von Gesundheit.

Gesundheit wird bewertet als Grundlage für Wohlbefinden, Schaffenseffizienz, Erfüllung, Heil und Glück so vieler Menschen. Weil es jedoch das „*Mysterium Krankheit*“ gibt (Nesse, Williams 1998, 15), weil Menschen immer wieder krank werden, Verletzungen und vielerlei andere Gesundheitsbeeinträchtigungen und relevante Entwicklungsstörungen erleiden, hat die Geschichte die Medizin auf die heute als wesentlich erachtete Wiederherstellungs- bzw. „*Reparatur*“-Funktion orientiert und reduziert – obwohl auch stets, bereits seit ihren historischen Anfängen, präventive, gesundheitsprophylaktische, salutogene Bemühungen ärztlicherseits zu beobachten waren. (Diels 1893, 206; Ley 1966, 199-204; Dörmer 1986, 17-27, 1998; Rohde 2000, 13 ff) Das Problem wird mehr und mehr in seinen gesellschaftlichen Dimensionen bewusst, und die Forderung lautet heute konsequent: Von der Medizin der Krankheit zu einer Medizin der Gesundheit!

Entsprechenden Paradigmenwechsel im Sinne von „*Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung*“ verspricht das Konzept der „*Salutogenese*“, womit der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923-1994) erst vor wenigen Jahren zum Pionier der „*Abkehr vom Pathogenese-Konzept*“ wurde. (Antonovsky 1997, 15; Holm 2001)

Mit diesem Paradigma betritt die Medizin nicht nur Neuland. Selbstverständlich suchten Ärzte, Wärter und Pfleger zu allen Zeiten und an allen ihren Wirkungsstätten nicht nur Krankheit zu überwinden, Verletzung zu heilen, Gesundheit wieder herzustellen, zu stabilisieren, zu sichern, sondern auch erneuter Erkrankung und Beeinträchtigung vorzubeugen. (Kleinhempel 2001, 27 ff) Sie entwickelten dazu Praktiken und Theorien, auch Handlungsempfehlungen für gesundheitsförderlichen Lebenswandel, aber sahen sich natürlicherweise an jeweilige Erkenntnisniveaus, Bedingungen und Möglichkeiten ihrer historischen Situation gebunden. Mancher in dieser Hinsicht philosophisch-medizinisch Denkende und Forschende ging schon vor langer Zeit namhaft in die Geschichte ein, wie z. B. der Pythagoreer Alkmaion von Kroton (geboren nach Mitte des 6. Jahrhunderts v. u. Z.), dessen Wirken hier in einschlägigen Zusammenhängen skizziert werden soll. Mehr als eine Skizze lassen die spärlichen Überlieferungen nicht zu.

8.2 Vorsokratische Weisheit und Medizin

Naturanschauungen im antiken Griechenland, welche Einflüsse des Denkens noch älterer Kulturen des Orients aufgenommen hatten, erwiesen sich als bestimmend und gestaltend für okzidentale Philosophie- und Medizinentwicklungen bis in die Gegenwart. Im 6. Jahrhundert v. u. Z.

waren griechische Naturphilosophen zu neuen Überzeugungen gelangt, wonach nicht gemäß uraltem animistischem Glauben die Götter mit geheimnisvollen Kräften willkürlich die Formen und Bewegungen in der Natur bestimmen, sondern diese unabänderlichen Gesetzen der Natur selbst folgen. Diese Wandlungen des Denkens im griechischen Kulturkreis zählen zu den wichtigsten Zäsuren in der Geistes- und Wissenschaftsgeschichte überhaupt. Doch, so Rüster,

„blieb noch Platz für die Götter, und es wäre ja auch schade für den Olymp gewesen ... fortan galt es, die Naturgesetze zu erforschen, um die Welt zu erklären.“ (Rüster 1993, 28 f.)

Dieser frühe, antike Paradigmawechsel erwies sich zwar noch als irrtumsreich und voller Spekulationen (wie übrigens mehr oder weniger alle Wissenschaft bis heute!). Das Neue aber „*lag in der Luft*“ nach langen Zeiten. An wenigen Orten zunächst begaben sich Denker und Forscher Schritt für Schritt auf den neuen Weg. Entschieden führte die neu eingeschlagene Richtung heraus aus Animismus, Magie und Mythos auf einen langen Weg der Wissenschaftsentwicklung bis in unsere Gegenwart. Keineswegs vollzog sich der Wechsel rasant. Jahrhunderte wenn nicht Jahrtausende an Beobachtungsergebnissen, Erkenntnis- und Erfahrungsgewinnen galt es permanent auszuwerten und zu nutzen.

Damalige Entwicklungen von Naturphilosophie und Medizin gingen einher mit gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen im griechischen Kulturraum. Agrikultur, Handwerk, Handel und Schifffahrt nahmen erhebliche Aufschwünge mit Anfängen von Geldwirtschaft. Die Künste blühten. Sklaverei und Kolonisation wurden von den politisch und sozial differenzierten griechischen Stadtstaaten eigennützig betrieben.

Die umfängliche, menschengeschaffene olympische Götterwelt bestimmte noch lange die vertrauten Welt- und Leitbilder der kleinen Leute ebenso wie politische Kalküle der Mächtigen. Auch die Männer mit der Liebe zur Weisheit, die Philosophen, mit ihrem neuen Denken über Welt, Natur und Menschen schleiften den Olymp nicht sofort. Sie

„setzen die Materie, deren Eigenschaften – Bewegung, Veränderung – sie untersuchten, mit dem Göttlichen gleich. Sie fanden so die Möglichkeit, weder mit der Religion zu kollidieren, noch als fromme Männer, die sie oft waren, in Ge-wissenskonflikt zu geraten, dennoch aber ihre wissenschaftlichen Gedankengänge zu entwickeln.“ (Rüster 1985, 58)

Die älteste griechische Weisheit war eng mit der mythisch-religiösen Dichtkunst der Orphiker verwoben, einer nach dem mythischen Sänger Orpheus benannten mystisch-religiösen Sekte des frühen Altertums. Diese Dichtungen huldigten mystisch-theologischen Inhalten über den Ursprung der Götter und die Entstehung der Welt, über Mysterien, Weihungen und Reinigungen, Orakelweissagungen und anderes mehr. Späterhin, im Zuge der Ausbildung freier Städte und Staaten, widmeten sich griechische Denker immer weniger der mystisch-religiösen Poesie, sondern mehr und mehr praktischen, mit Moral und Politik verbundenen Richtungen.

An Namen der ältesten („*sieben*“) Weisen der griechischen Städte bzw. Kleinstaaten knüpfen sich kurze kernhaften Denk- und Sittensprüche,

„deren einige ... in folgenden Versen dem Gedächtnisse sich leicht darbieten:

- ‚Maaß zu halten, ist gut‘, das lehrt Kleobulus von Lindos;
- ‚Jegliches vorbedacht‘, heißt Ephyra’s Sohn Periander;
- ‚Wohl erwäge die Zeit‘, sagt Pittacus von Mitylene;
- ‚Mehrere machen es schlimmt‘, wie Bias meint, der Priener;
- ‚Bürgschaft bringet dir Leid‘, so warnt der Milesier Thales;
- ‚Kenne dich selbst!‘ so befiehlt der Lacedämonier Chilon;
- ‚Endlich: Nimmer zu sehr!‘ gebet der Kekropier Solon.“ (Dittmar 1866, 304)

Die hier namentlich genannten „*Sieben Weisen*“ des 7. und 6. Jahrhunderts v. u. Z. zeichneten sich bei damaligen Griechen durch besondere Lebensklugheit und zumeist staatsmännische Tüchtigkeit aus. In gewissen Kernsprüchen soll ein jeder seine besondere Weisheit niedergelegt haben. Ihr Siebengestirn entsprach traditioneller Bedeutung, die man der Zahl Sieben beimaß. Übrigens wurden verschiedene Namen genannt; aber Thales, Bias, Pittacus und Solon gehörten stets zum Stamm der Sieben. Die Übrigen wechselten. Selbstverständlich ist die genaue Zuordnung ihrer Sprüche nicht verbürgt. Man ehrte sie als Lehrer nützlicher Weisheiten, noch nicht als Philosophen. Thales war die Ausnahme, der infolge seiner

„Doppelstellung in Wissenschaft und Leben wohl geeignet war, einerseits als Weiser im praktischen Sinne neben Gesetzgebern und Volksberatern, andererseits als Philosoph auf einer Linie mit den eigentlich theoretischen Forschern gezählt zu werden.“ (Brockhaus, 1895, Bd. 14, 950)

Thales von Milet (um 625 bis um 547 v. u. Z.), ein praktischer Staatsmann, gilt diesbezüglich als der Begründer der altgriechischen Mileter-Philosophie bzw. „*Ionischen Naturphilosophie*“ vor Sokrates. Unter Zuhilfenahme von Astronomie und Mathematik zur Untersuchung der Natur der Dinge und des Bestehens der Welt war er vom Wasser in der Natur, dem „*Feuchten*“, als dem Urstoff für „*Alles*“ überzeugt – im Gegensatz zu göttlicher Verursachung. Sein Freund Anaximander glaubte das Wesen der Welt außerdem im Begriff der „*Unendlichkeit*“ gefunden zu haben. Nach ihm erklärte Pherkydes von Syros den „*Äther*“ zum Grund der Dinge, den er als das tätige Prinzip, und die „*Erde*“, die er als das leidende Prinzip begriff, beide in der „*Zeit*“ verbunden, in der sich alles bilde. Unter den Griechen soll er zuerst die Unsterblichkeit des Geistes in der Seelenwanderung gelehrt haben. Anaximenes wiederum sah die „*Luft*“ als den Grund der Dinge an, in Verbindung mit Unendlichkeit. Heraklit führte Dynamik und Prozess in das Denken ein, den ewigen Kampf der letztlich doch vereinigten Gegensätze. Er postulierte eine „*Weltvernunft*“ (logos) und die Eigenschaft der Menschen, *erkenntnisfähig* daran teilzunehmen. Mit dieser frühen „*Erkenntnistheorie*“ ging Heraklit bereits über den Wahrheitsgewinn durch bloße Sinneswahrnehmung hinaus. Welch bedeutende Einsicht! Parmenides und seine bekannte Schule der Eleaten erkannten *ein Sein*, das Eine und das Alles, das Weltganze, das in Zeit und Raum nicht werden und vergehen könne. Mit Anaxagoras, dem frühesten der griechischen „*Atomisten*“, der die Sonne (zu recht) als großen glühenden Steinhaufen beschrieb, und dafür zum Tode verurteilt worden sein soll, aber fliehen konnte, wandte sich die ionische Richtung in Athen neuen Entwicklungen zu, wie Harmonie und Ästhetik der Natur und ihren kleinsten Teilen, den Partikeln. Anaxagoras, Empedokles, Leukipp, Demokrit, Epikur und weitere Atomisten setzten die Realität der Erfahrungswelt

„in ihr Recht ein und verstanden die welterfüllende Materie [...] einerseits als seiend [...] (d. h. ungeworden, unveränderlich), andererseits als beweglich [...] Sie nahmen an, der Weltstoff sei in zahllose Partikel zerteilt und jede dieser Partikel sei ungeworden, mit bestimmten unveränderlichen Qualitäten ausgestattet; sie sei ins Unendliche teilbar, aber nicht in Nichts auflösbar und damit letztlich unvergänglich. Innerhalb der Gesamtmasse des Weltstoffs können sich [...] die Partikel gegeneinander verschieben, sie sind also beweglich und bieten damit die Voraussetzung für Bewegtheit der Welt.“ (Jürss u. a. 1977, 12)

Welch ein Erkenntnisfortschritt!

Die Pythagoreer im Kroton des ausgehenden 6. Jahrhunderts v. u. Z. zogen viel Aufmerksamkeit auf sich. Pythagoras war umgeben von Geheimnis und Verehrung. Da er sich auf mündliche Lehre beschränkt hatte, Schüler die Gestalt ihres Meisters früh verklärten, ging sie ins Sagen- und Legendenhafte über, wurde gar zum Sohn des Erlösergottes Apollon gemacht, ihm auch

eine Höllenfahrt zugeschrieben. Was vorausgegangenem Theoretikern nur Hilfsgedanke war, wurde Pythagoras zum Prinzip: der Gegensatz als welterschaffende Kraft: gut und böse, licht und dunkel, ruhig und bewegt, der Gegensatz in der Zahlenreihe, wie gerade und ungerade, teilbar und unteilbar, begrenzt und unbegrenzt, usw. (Hegel 1982, 199) Der Gegensatz an sich wurde konstitutives Merkmal der einheitlichen Welt wie auch des Menschen und seiner Gesundheit.

Nicht selten betätigten sich Männer als Staatslenker und Heerführer und bei Bedarf als geschickte Mediziner. Schon das altgriechische Epos behandelt repräsentative Arztgestalten. In der Ilias sind es die beiden Söhne des späteren Gottes der Heilkunde Asklepios, die sich als die Ärzte Machaon und Podaleirios zugleich als Führer im Kampf bewähren. (Homer nach Kern 1923, XI) Der ältere Machaon sei Chirurg gewesen, dem der Vater

„die leichteren Hände gab, Geschosse aus dem Fleisch zu holen, zu schneiden und alle Wunden zu heilen“.

Podaleirios dagegen war Seelenarzt, denn ihm verlieh er,

„das Unsichtbare zu erkennen und das Unheilbare zu heilen“,

habe er doch auch an gewissen Symptomen den Wahnsinn des Aias zuerst erkannt – bezeichnende Widerspiegelung der Arztkunst im 8. und 7. Jahrhundert v. u. Z. (Kranz 1986, 35-37) Homer, dem vermuteten Autoren von „Ilias“ und „Odyssee“, wird in dutzenden medizinischen Fällen und wundärztlichen Tätigkeiten, von denen diese Epen nur so gefüllt sind, vom Experten genaue Beobachtung damaliger Wirklichkeit und bildhafte Beschreibung ausdrücklich bescheinigt. (Rüster 1993, 26 f.)

Seit dem 5. Jahrhundert v. u. Z. stellten hinsichtlich Gesundheit und Medizin griechische Ärzte (im Anschluss an die pythagoreische Gegensatzlehre) die Ausgewogenheit der *gegensätzlichen* Säfte im Körper des Menschen – Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle – ins Zentrum ihres Denkens und Handelns. Diese Humoral- bzw. Säftelehre blieb über sehr lange historische Zeiten hin, bis über das Mittelalter hinaus, in der europäischen Medizin beherrschend, bis eher zögernd auch hier neue Wege beschritten wurden. Die Vorstellung, Krankheit sei gestörtes Gleichgewicht der Säfte, bot brauchbare theoretische Grundlagen für Ursachenerklärung und Behandlung. So sahen hippokratische Ärzte keinen Anlass, vielleicht intensive anatomische Studien zu betreiben oder gar chirurgisch einzugreifen, abgesehen davon, dass

„dem Messer des Chirurgen unter damaligen Bedingungen das Körperinnere ohnehin kaum zugänglich war“. (Rüster 1993, 30)

Es reichte die Überzeugung, Leiden, beispielsweise der Organe in der Bauchhöhle, als Störungen des Säftegleichgewichts erkannt zu haben. Anweisungen zu ausgeglichener Lebensführung und Diät, zu Maßhalten beim Schlafen und Beischlafen, sowie Medikamentengabe waren die Regel.

„Über die wahre Natur dieser und vieler anderer Krankheiten waren sich hippokratische Ärzte durchaus nicht im Klaren.“ (Rüster 1993, 30)

Die magische Vier, häufig ein gegensätzliches Zwei plus Zwei, durchzog in der Antike mehrere Denksysteme, wie zum Beispiel Empedokles' Vier-Elemente-Theorie von Erde, Wasser, Feuer, Luft, das System der vier Himmelsrichtungen und der Typen der vier Winde, die genannte Säftelehre, oder Auffassungen von den vier paarweise gegensätzlichen Temperamenten. Noch gegenwärtig wird die Vier (mythisch traditionell?) gern bemüht, um Theorien methodologisch zu stützen – im 20. Jahrhundert etwa in Form erneuerter Temperamente- und Charakterlehren sowie für Strukturmuster psychischer Grundbedürfnisse (Jun 1987, 24 f., 27, 32), eine aus der tiefenpsychologischen Psychotherapie hervorgegangene „*Vierer-Typologie*“, die vier Psychosen in der Psy-

chirurgie sowie die „lebendige Ordnung“ von vier komplementären, bipolaren Potenzialen (Möglichkeitsfeldern) psychischer Individualentwicklung, welche Gerda Jun postulierte. (Jun 2002, 48 ff.)

Die Pythagoreer mit ihrer ärztlichen Pionierfigur, dem jungen Pythagorasschüler Alkmaion, hatten im unteritalienischen Kroton seit dem zu Ende gehenden 6. Jahrhundert v. u. Z. schon den Weg medizinisch-anatomisch wissenschaftlichen Forschens und Experimentierens angetreten. In neuartiger Freiheit der Gedanken suchten sie als Naturphilosophen auch nach einer Vorstellung von Gesundheit und Krankheit. Die große Idee von der Harmonie der Gegensätze, welche die Griechen so oft in der Natur vermuteten und erkannten, bot den Ausgangspunkt: Gesundheit sei die Balance von Kräften: des Feuchten und Trockenen, des Kalten und Warmen, des Bitteren und Süßen etc. Alleinherrschaft eines von ihnen sei die Ursache einer Krankheit. Auch hinsichtlich der Entstehung zweier sehr markanter menschlicher Gegensätze, nämlich des männlichen und des weiblichen Geschlechts, für welches Phänomen die älteste schriftlich abgefasste Erklärung Alkmaion zugesprochen wird, wurde die Lehre von der Harmonie der Gegensätze herangezogen. Alkmaion ging zeugungsphysiologisch

„von der Zweisamenlehre aus und macht das quantitative Überwiegen des Samens des einen Geschlechtspartners über den des anderen für das Entstehen von Keimlingen männlichen bzw. weiblichen Geschlechts verantwortlich.“ (Kollesch, Nickel 1986, 26)

Die Gedanken dieser Naturphilosophen setzten sich durch. Sie wurden zum Herzstück einer wissenschaftlichen Theorie der Medizin, aus der auch praktische Heilmaßnahmen abgeleitet werden konnten, in dieser Art erstmals in der Geschichte. (Rüster 1993, 29) (Prophylaxe und „*Salutogenese*“ erhielten unausgesprochen neue Grundlagen.) Pythagoras' Anhänger und deren Schüler und etliche folgende Philosophen, darunter Platon, haben diese Weisheiten unterschiedlich überliefert und interpretiert. Dass die Theorie der Harmonie des Gegensätzlichen, das Ordnungsprinzip der Zahl für Entstehung und Gestalt der Dinge der Natur sowie Musik in Rhythmik und Frequenzverhältnissen der Töne als Ausdruck der Weltharmonie für die Pythagoreer zentrale Plätze all ihrer Weisheitsproduktion einnahmen, gilt dennoch als sicher.

„Orpheus hat, so sagt der Mythos, durch die Macht seiner Töne die Natur, die belebte wie die unbelebte, bezwungen; dem hier zugrunde liegenden Gedanken von der Harmonie der Gesamtnatur haben Pythagoras und seine Schüler die wissenschaftliche Begründung gegeben.“ (Kranz 1986, 45)

Ley schätzt zwei Aspekte knapp so ein:

„Exoterisch beschäftigten sich die Pythagoreer mit Strukturen, als die sie ihre mathematischen Arbeiten auffassten, und verbanden sie mit symbolischen Begriffen. Esoterisch wirkten sie mystizistisch.“ (Ley 1966, 199)

8.3 Kroton und die Pythagoreer

Die Stadt Kroton der griechischen Antike ist das heutige Cotrone (Brockhaus, 1892, Bd. 4, 549; 1894, Bd. 10, 761) im süditalienischen Kalabrien, Provinz Catanzaro, ein Küstennest von fünfzigtausend Einwohnern, mit Hafen am Ionischen Meer. Man findet es auf Landkarten hundert Kilometer von der nächsten Autobahn entfernt, mit Bahnverbindung nach Metaponto im Norden und Reggio im Süden, und immerhin mit einem kleinen Flughafen in der Nähe. Die meisten Reiseführer erwähnen es nicht einmal.

Nach Mitte des 6. Jahrhunderts v. u. Z. hatte der schon weitgereiste und umfassend gebildete Philosoph und Mathematiker Pythagoras (um 580 bis um 500 v. u. Z.) seine Heimatinsel Samos verlassen, vermutlich aus politischem Anlass, und hatte sich 532 nach dem weithin bekannten und beliebten

Kroton eingeschifft. Hier unterrichtete er die Jugend der Stadt in griechischer Weisheit und gründete seine berühmte Schule, worin er seine Anhängerschaft fand, die später nach ihm benannten Pythagoreer. Eine große Zeit hoher Verehrung und persönlicher Macht, aber auch ideologischer und politischer Auseinandersetzungen und Anfeindungen begann für ihn. Heinrich Dittmar schwärmte 1866:

„Über allen Weisen dieses Zeitraums steht aber Pythagoras, der ‚Lehrer und Erzieher von Staatsmännern‘ und selber der bedeutendste Staatsmann seiner Zeit, nicht durch Schrift und Gesetzgebung, sondern durch ‚lebendiges Wort und Beispiel‘. Mit hohen Vorzügen des Leibes und Geistes begabt, vollendete er die sorgfältige Bildung, die er in seiner Jugend empfangen, durch Reisen in Kreta und Griechenland, besonders aber in Ägypten, wo er mit orientalischen Weisheitslehren bekannt wurde, die er zum Theil in die eigentümlichen Anschauungen seines tief forschenden Geistes mit aufnahm. Den Namen ‚Weiser‘ oder Sophos, der bis dahin den Denkern gegeben worden war, für sich ablehnend, nannte er sich aus Bescheidenheit bloß ‚Weisheitsfreund‘ oder Philosophos und von ihm an blieb dieser Name allen, die auf dem Wege einer sich selbstgenügenden, unabhängigen Vernunft die Wahrheit suchen.“ (Dittmar 1866, 305 f.)

Pythagoras gelang es, in Kroton den aristokratischen „*Rat der Dreihundert*“ einzusetzen und in der Stadt politischen Einfluss auszuüben.

Die Pythagoreer bildeten eine philosophische Lebensgemeinschaft, einem Orden ähnlich, unter des Gründers Führung in gewisser sektenhafter Abgeschiedenheit, mit strengen Vorschriften für Aufnahme und Gemeinschaftsleben. Apollon wurde hochverehrt. Schweigen galt mehr als reden (ein sinnvolles Gebot gegen die Schwatzhaftigkeit der Krotoner und Krotonerinnen?). Ja, es sind auch siebzehn Frauen als Mitglieder der Pythagoreer überliefert, wenn auch vage. Eine von diesen, Theano von Kroton (geb. ca. 550 v. u. Z.) war vermutlich Pythagoras' Schülerin und später seine Frau, Mutter dreier Töchter und zweier Söhne. Sie muss sehr klug gewesen sein, wie verschiedentlich mit nicht ganz sicherer Quellenlage berichtet wird. Selbstprüfung war den Mitgliedern Vorschrift; täglich hatten sie sich „*dreifach*“ zu fragen, was sie Schlechtes oder Gutes getan und was sie versäumt hatten. Freundschaft war heilig. Für Kleidung und Ernährung gab es Gebote der Bescheidenheit und Einheitlichkeit. Ein mehrjähriges Studium, in auferlegtem Schweigen, mit regelmäßigem Hören der Vorlesungen des Meisters und verschiedenen praktischen Übungen, qualifizierte die Anhänger zu geistiger und politischer Elite, die ihr Geheimwissen als „*Herrschaftswissen*“ einzusetzen verstanden. Da Pythagoras als Lehrer geheimniskrämerisch-konspirativ gearbeitet haben soll und keine schriftlichen Aufzeichnungen hinterließ, bleibt vieles seiner Lehren hinsichtlich Frömmigkeit, Zahlenmystik, Mathematik und Geometrie, Musik, Ethik, Seelenwanderung und Weltharmonielehre im Dunkel. (Der bekannte „*Satz des Pythagoras*“, wonach in einem rechtwinkligen Dreieck die Summe der Kathetenquadrate gleich dem Hypotenusenquadrat ist, war schon vor ihm in der babylonischen Mathematik bekannt – wahrscheinlich eines seiner geistigen Reisetragbringsel.)

Seine Lehren trug Pythagoras meist in mathematischen Formen vor. Er deklarierte Zahlenverhältnisse und Zahlenverbindungen zum Wesen der Dinge und ihrer Entstehung.

Die Welt als Kosmos war ihm ein harmonisch-geordnetes Ganzes aus zehn Sphären, die sich in harmonischen Bewegungen um das Zentrum oder die Einheit (Götter/Gott), den Ugrund aller Vollkommenheiten, bewegen. Die Einheit als Zentralfeuer war ihm auch Prinzip der Wärme und des Lebens. Sie durchdränge alles Bestehende, weshalb er auch Sterne, Götter, Geister, Menschen, Tiere, Pflanzen in Verwandtschaft dazusetzte. Ein Ausfluss des Zentralfeuers war ihm die menschliche Seele, die nach dem Tode des Leibes zu ihrer Läuterung durch verschiedene Körper zu wandern habe, bis sie wieder in den menschlichen Leib zurückkehren könne. Seine Staatsverfassungslehre war auf den Grundsatz gebaut, dass Tugend aus dem Herzen kommen und dass sie, „aus dem innern Gesetze lebendig befruchtet, ihre Kraft auf das Leben äußern müsse“. (Dittmar 1866, 307)

Relevantes teilen auch die musikalischen Fragmente eines Philolaos und des Platonfreundes Archytas von Tarent mit (um 400). Die Musik stand bei den Pythagoreern in engem Zusammenhang mit der Heilkunde: Verhältnisse von Gegensätzen fanden sich in Verhältnissen von Tönen wieder.

Über die Pflege der Heilkunde durch die Pythagoreer liegt auch folgende Skizze vor:

„Von der Heilkunde ließen sie vor allem den Teil gelten, der ‚Diät‘ heißt, und darin waren sie sehr genau. Sie versuchten zuerst das Kennzeichen des rechten *Ebenmaßes* in Getränken, Speisen und Ruhe festzustellen. Auch haben sie fast als erste versucht, über die eigentliche Zubereitung dessen, was man zu sich nimmt, wissenschaftlich zu arbeiten und Genaueres zu bestimmen. Die Pythagoreer verwendeten Salben mehr als die Früheren, Arzneien hielten sie weniger für gut, von diesen benutzten sie am meisten die für offene Wunden; die Mittel des Schneidens und Brennens aber billigten sie am allerwenigsten. Für einige Krankheiten benutzten sie auch Besprechungsformeln. Sie nahmen an, auch die Musik trage Großes zur Gesundheit bei, wenn man sie in zuträglicher Weise verwende [...] ‚Reinigung der Seele‘ nannten sie das, was die Musik hervorruft. Damit wird in der Tat die edelste Wirkung musikalischen Erlebens bezeichnet. Aristoteles hat diese Lehre [...] auf die Tragödie übertragen. Die Pythagoreische Heilkunde aber ist wie die Form ihres Gemeinschaftslebens Ausdruck ein und derselben Grundüberzeugung, der vom Wert der heiligen Ordnung, der wahren Symmetrie. Und wir verstehen Platons Worte (Staat 600): ‚Pythagoras selbst genoß auf Grund seiner Lebensführung die größte Verehrung, und auch seine Nachfahren, die noch jetzt von Pythagoreischer Lebensordnung sprechen, erscheinen irgendwie als etwas Besonderes unter den übrigen Menschen.‘“ (Kranz 1986, 48)

Philosophisches und medizinisches Fragen und Forschen waren in Alt- und Großgriechenland geradezu verflochten. Mehr als ein bedeutender Philosoph war zugleich Arzt. Altgriechische Philosophie war insofern praktisch gestaltend auf das Leben gerichtet. Ohne Zweifel hatte der Bund der Pythagoreer das hehre Ziel, die Lebensführung und die Politik Großgriechenlands in ethischem Sinne zu reformieren. Politisch sah man in Pythagoras und seinen Anhängern Aristokraten, die den aufsteigenden Demos bekämpfen wollten. (Zinserling 1988, 95 f.) Auch in anderen Städten fanden sich bald Sympathisanten, welche Pythagoreische Gemeinschaften gründeten, deren Bund sich nach und nach über ganz Unteritalien verbreitete. Ein solcher Tugendbund mit solcher auf Reformierung staatsbürgerlichen Lebens angewandten Lehre zog bald Argwohn und Anfeindung auf sich. Nicht nur wegen politisch reformerischer Bestrebungen gegen die Aristokratie innerhalb Krotons, sondern auch wegen der sich mit Nachbarstädten entspinrenden Kämpfe musste Pythagoras den Bundessitz 504 v. u. Z. von Kroton nach Metapont verlegen. (Kranz, 45-48) Der Untergang des Bundes war unausweichlich. Viele Anhänger fanden in gewaltsamen Kämpfen ihr Ende. Über Pythagoras' Tod ist nichts Genaueres bekannt. Er kann bei einem Überfall auf seine Schule durch Gegner in Kroton umgekommen sein. Andere Quellen legen nahe, dass er sich nach Metapont retten konnte und *dort* im Alter von 80 Jahren gestorben ist. Die Reste der Gemeinschaft zerfielen, übrige Mitglieder zerstreuten sich, einige in Unteritalien, andere im griechischen Mutterland, manche nur noch als Wanderprediger und Bettelphilosophen. Im 4. Jahrhundert v. u. Z. verlor sich der Einfluss der Pythagoreer. (Dittmar 1866, 307)

Seit längerem ging es allgemein abwärts mit Großgriechenland. Seine Städte rivalisierten kleinlich um ihre Kolonien, Getreideäcker, Handelsvorteile und Machtpositionen und führten immer öfter erbärmliche Kriege gegeneinander. Italische Stämme und Etrusker drängten gelegentlich bewaffnet aus ihren Berggegenden herab. Römer mischten sich kriegerisch ein. Kroton hatte mehrfach im heftigsten Streit mit seinen Nachbarn Lokri (im Süden) und Sybaris (im Norden) gelegen und letztere große Stadt 510 v. u. Z. zerstört. Kroton selbst wurde erst von Dionys von Syrakus, dann von Agathokles genommen, später von Pyrrhus zerstört. Schließlich eroberten Römer 277 v. u. Z. Tarent – und 272 v. u. Z. war ihnen Kroton in die Hände gefallen. 205 und 195 v. u. Z. besetzten

römische Kolonisten Kroton und ließen sich sesshaft nieder. Für lange Zeit war das Schicksal Krotons römisch besiegelt. (Saternus, Levin 1999) Die weitere, immer wieder wechselvolle Geschichte soll hier nicht weiter interessieren.

8.4 Alkmaion von Kroton: Gesundheit durch Isonomie

Einer der in Kroton im letztes Viertel des 6. Jahrhunderts v. u. Z. maßgeblich Wirkenden, „der den Pythagoras noch erlebte“ (Hegel 1982, 199),

war der als Schriftsteller, vor allem als tüchtiger, naturforschender Arzt – wenn auch nur mit spärlichen Überlieferungen – in die Geschichte eingegangene *Alkmaion* (auch Alcmaios, Alkmäon, Alkmeon, italienisch Alcmeone – nicht zu verwechseln mit der griechischen Sagenfigur gleichen Namens!). Alkmaion ist der Nachwelt etwas präziser bekannt als sein Lehrer Pythagoras selbst, weil er auswertbare Schriften hinterließ, die jedoch längst als verschollen gelten. So soll er eines der frühesten Prosawerke, „*Physikos Logos*“, sowie Abhandlungen über Meteorologie, Astronomie, die Seele und über medizinische Gegenstände verfasst haben.

Die wohl markanteste philosophie- und medizingeschichtliche Würdigung des Pythagoreers Alkmaion als „*Anatom und Aufklärer*“ stammt von dem deutschen Philosophen Hermann Ley (1911 - 1990). In seiner neunbändigen „*Geschichte der Aufklärung und des Atheismus*“ im Deutschen Verlag der Wissenschaften, Berlin, schreibt er:

„In der Geschichte der Medizin nimmt Alkmaion von Kroton [...] einen Ehrenplatz ein. Mit ihm erwerben sich die Ärzte einen hervorragenden Anteil an der frühen Geschichte der Wissenschaft und Philosophie.“ (Ley, 1966, 199)

Zu den Pythagoreern gehöre Alkmaion insofern, so Ley, da er *Empfinden* und *Begreifen* unterschieden, das rationale Moment dieser Gruppe akzeptiert und naturwissenschaftliche Untersuchungen angestellt hätte. Aristoteles jedoch habe Alkmaion gegen die Pythagoreer abgegrenzt, als er ihn in der kurzen Geschichte der Philosophie, die seine „*Metaphysik*“ einleitet, erwähnte. Er berichtete, Alkmaion habe ähnlich wie die Pythagoreer Gegensatzpaare als Bestimmungen des Seins angenommen. (Aristoteles nach Diels 1934) Im Supplementum Aristotelicum wird Ähnliches festgestellt. (Diels 1893) Alkmaion hätte nämlich die Gegensätze, so wie die Sinneswahrnehmungen als Funktion der Organe der Lebewesen, materiell aufgefasst und mit den verschieden hergestellten Beziehungen auf Gegenstandsbereiche der Wirklichkeit verwiesen. Die mathematisierenden Pythagoreer, so Aristoteles, legten den Ursprung der Dinge in die Zahlen; Alkmaion beobachtete die Natur detailliert, seziierte Tiere, führte medizinische Behandlungen an Menschen sowie Augenoperationen durch. Die Pythagoreische *Zwei* verwies ihn auf das Beachten natürlicher Gegensätze. Wie viele und welche Gegensätze es gebe, gaben die Pythagoreer mit der ihnen bedeutenden Zahl Zehn an:

- „1. Grenze und Unendliches
2. Ungerades und Gerades
3. Einheit und Vielheit
4. Rechts und Links
5. Männliches und Weibliches
6. Ruhendes und Bewegtes
7. Grades und Krümmes
8. Licht und Finsternis
9. Gutes und Böses
10. Quadrat und Parallelogramm.“ (Hegel 1982, 199)

Alkmaion benutzte die Konzeption des Gegensätzlichen als allgemeine Orientierung, beispielsweise auch kompliziertere Gegensatz-Kombinationen wie Nord/kalt – Süd/warm – Ost/trocken – West/feucht, klugerweise ohne sich festzulegen.

In Kroton war die pythagoreische Medizin über Jahrzehnte zu verfolgen. Alkmaion, ihr bedeutendster Vertreter, arbeitete wissenschaftlich in heutigem Sinne. „Erschließen“ war für ihn die typisch menschliche Geisteshaltung – im Gegensatz zum vorhandenen sicheren Wissen der Götter. Das Gehirn erkannte er als den Träger aller geistigen Funktionen. Er hat die Sektion am lebenden Tier vorgenommen. Den Menschen unterschied er vom Tier, indem er ihm auch das logische Denken, dem Tier aber nur die sinnliche Wahrnehmung zugestand. Die Kosmosverbundenheit des Menschen war ihm Denknötwendigkeit. Das zeigt, wie er die Unsterblichkeit der Seele erklärte: Die Seele sei unvergänglich, weil immer bewegt wie die göttlichen Gestirne. Der menschliche Körper habe dagegen nicht die Kraft, wie sie in ihren Kreisbahnen, „den Anfang an das Ende zu knüpfen“. Seine Bewegung = Entwicklung verlaufe geradlinig, und deshalb verginge er auch wieder. Die Harmonie im Inneren des Körpers war ihm Voraussetzung, ja Wesen der Gesundheit, er nannte sie *isonomia*: *Isonomie*, Gleichberechtigung der Gegensätze, wie trocken und feucht, warm und kalt. Krankheitsursache war ihm „Alleinherrschaft“ nur einer der Qualitäten. Den Leib sah er wie einen (politischen) Organismus an. (Kranz, 45-48) Als Pionier einer Medizin des Experiments mit Protokollführung resp. Beschreibung seiner Beobachtungen machte er erstmals seine Arbeit zur Wissenschaft.

„Alcmeone liberò la medicina dalla magia e dalla ciarlataneria, e la trasformò in una scienza sperimentale.“ (www.crol.it)

Aus vielen empirischen Untersuchungen schlussfolgerte Alkmaion, dass Gesundheit ein Ausdruck von Ausgewogenheit der Lebensführung sei. Einen Text des Feldherrn und Konsuls Aetius (395-454), Sieger über Attila auf den Katalaunischen Feldern (451), „*letzter Held des weströmischen Reichs*“, referiert der klassische Philologe Hermann Alexander Diels (1848-1922) mehr als ein Jahrtausend später:

„Alkmaion behauptet, die Gesundheit werde durch das Gleichgewicht der Kräfte erhalten: Des Feuchten und Trockenen, Kalten und Warmen, Bitteren und Süßen usw. Die ‚Alleinherrschaft‘ einer unter ihnen sei die Ursache der Krankheit. Denn die Alleinherrschaft einer von ihnen beiden sei verderblich. Krankheit stelle sich ein, was ihren Ursprung anbetreffe, infolge von Übermaß von Wärme oder Kälte; was aber ihren Anlaß beträfe, infolge von Übermaß oder Mangel an Speisen; was aber das ‚Wo?‘ angehe, so habe sie entweder im Blut oder im Mark oder im Gehirn ihren Sitz. Zuweilen aber entstünden hier Krankheiten auch aus äußeren Ursachen: Infolge der Beschaffenheit des Wassers oder des Landes oder infolge von Überanstrengung oder Foltern oder dergleichen. Die Gesundheit dagegen beruhe auf der gleichmäßigen Mischung der Qualitäten.“ (Diels 1934 ff, 24 A 3)

Alkmaion beschäftigte nicht, wie allgemein die Philosophen von Milet, neben Einzelfragen der gesamte Weltprozess, sondern ihn interessierten bestimmte Ausschnitte aus der Realität, wie Meteorologie und Astronomie, hauptsächlich aber Körper und Seele des Menschen als Teil der materiellen Wirklichkeit. Alkmaion betrachtete den Menschen und die Prozesse im menschlichen Körper in Zusammenhängen mit der Umwelt. Da das Leben des Menschen Stabilität bzw. Gleichgewicht voraussetze, untersuchte er, wie die als bestimmend angenommenen Gegensätze sich tatsächlich äußerten. Krankheit erkannte er daher als Störung der normalen Vorgänge. Ursachen konnten im Körper und außerhalb liegen. Gewaltsame Eingriffe, Kriegsverwundungen, Verletzungen, Folter zerstörten Körpergleichgewichte, Überanstrengung schade der Gesundheit. Doch auch belastendes Klima oder schädliches Trinkwasser vermochten Krankheiten zu verursachen.

„Da sich Alkmaion nicht mit der Entstehung des Menschen in der Geschichte der Erde, sondern mit dem Wesen der vorhandenen Individuen befasst, muss er die erhaltende Kraft des Gegensätzlichen *in* den vorhandenen Dingen hervorheben.“ (Ley 1966, 200)

Nun seien körperliche Vorgänge, allgemein ausgedrückt, auch Bewegungen und Umwandlungen. Alkmaion untersuchte sie mit aller ihm in dieser Zeit möglichen Exaktheit.

Alkmaion

„Ist der erste bekannte Naturwissenschaftler, der seine Theorien experimentell stützt. Alkmaion entdeckt mit den noch unbeholfenen Begriffen der jungen Naturwissenschaft exakte sinnesphysiologische Vorgänge und begreift ihre Rolle für wesentliche philosophische Fragestellungen. Die ‚Gegensätze‘ im Körper sind materielle Sachverhalte wie das Verhältnis von Nahrungsaufnahme und Körpertemperatur, von äußeren Vorgängen und normaler Reaktionsweise. Sie sind kein Symbolismus oder Mystizismus, sondern Ergebnis wissenschaftlicher, wenn auch nur zunächst notwendigerweise oberflächlicher Untersuchung der menschlichen Organe. Wie die Körpervorgänge im allgemeinen, untersucht Alkmaion auch die Sinneswahrnehmungen, das sinnliche Vermögen überhaupt und den Zusammenhang mit dem Denken. Gegeben ist von vornherein die Erkenntnis, dass die Außenwelt dem Körper Eindrücke vermittelt, die schließlich als Wissen Teil des Bewusstseins werden. Die Forschung konzentriert sich auf den Prozeß, der zwischen Berührung mit der Außenwelt und der endgültigen Verarbeitung der Eindrücke abläuft.“ (Ebd.)

Alkmaion erkannte, sämtliche Sinneseindrücke liefen über das Gehirn. Wie Theophrast in seiner Schrift „*Von den Sinneswahrnehmungen*“ überlieferte – so Diels (Diels 1934, 24 A5) – hinge nach Alkmaion „*alles Sinnesvermögen [...] mit dem Gehirn zusammen*“. Beweis sei die Störung der Sinnestätigkeit durch Beschädigung des Gehirns. Alkmaion urteilte, dass von der Unversehrtheit des Gehirns der Verstand der Menschen abhinge. Das Bewusstsein wäre im Einzelnen auf Funktionen des Körpers zurückgeführt.

Diese Beziehungen seien allgemein auch den frühen ionischen philosophischen Materialisten klar gewesen. Alkmaion suchte, genauer festzustellen, welche Vorgänge in dem komplexen Geschehen aufträten, welches ein materialistischer Sensualismus allgemein für die Entwicklung der Erkenntnis voraussetzt, wonach alle Erkenntnis auf Sinneswahrnehmung basiert. Diels zitiert das von Platon (welcher um 390 v. u. Z. persönlich an Ort und Stelle in Kroton Pythagoras' und Alkmaions Nachwirkungen studierte) überlieferte Fragment „*Phaidros*“ (Platon nach Diels, 24 A 11):

„Ist es das Blut, mit dem wir denken, oder die Luft oder das Feuer? Oder ist es keines von diesen, sondern vielmehr das Gehirn, das die Tätigkeit des Hörens, Sehens und Riechens verleiht? Und daraus entsteht dann Gedächtnis und Meinung, und aus Gedächtnis und Meinung, wenn sie zur Ruhe gekommen sind, entwickelt sich dann das Wissen?“ (Diels 1934 ff, 24 A 11)

Die Art des Ausdrucks bezeichne den Materialisten und den zum Atheismus neigenden Alkmaion, nicht die Ansichten Platons, denn das Denken sei hier direkt als Produkt der materiellen Organe des Körpers aufgefasst. Es sei die

„dem *Menschen* eigene Fähigkeit, durch die er sich auszuzeichnen vermag, wenn er mit Tätigkeit und Spürsinn die Umwelt durchdringt“ so Ley (Ley 1966, 201).

Ausgangsmotivation Alkmaions mögen Forscherneugier und die drängende Vermutung von der Erkennbarkeit der nicht lebenden und der lebenden Dinge gewesen sein, als einem durch den menschlichen Verstand zu verwirklichenden Prozess. Er führte aus, was der Glaube den Göttern zuschrieb. Folgerichtig habe er das aus der Wirklichkeit kommende Material verarbeitet. Das Bewusstsein sei von Alkmaion als menschliche Eigenschaft aufgefasst und den Göttern der Traditionen und des Staatsglaubens entgegengesetzt worden. Wie Aetius berichtete, sei die menschliche Seele in Alkmaions Theorie den göttlichen Wesen gleichgestellt. (Aetius nach Diels 1934, 24 B 4) Als Anatom jedoch – so Ley – hätte Alkmaion es nicht nötig gehabt, sich mit Religion zu befassen. Da aber schon seine Forschungen mit konformistischen Überlieferungen in Konflikt gerieten, sei er einen Schritt weiter gegangen. Die Seele den Göttern gleichzustellen,

bedeutete im Volksglauben, die Götter zu entthronen. Dies galt mehr als ein Jahrtausend lang als unmittelbare Auflehnung gegen führende Gruppen der Herrschenden. (vgl. Ley 1966, 201)

Eine Reihe Alkmaion zugeschriebener Gedanken schienen Aetius' Äußerungen zu widersprechen, obwohl sie von der gleichen Quelle überliefert seien. Aetius sähe bei Alkmaion den Glauben an die Unsterblichkeit der Seele. Diogenes Laertius schriebe ihm die Meinung zu, sichere Erkenntnisse hätten nur die Götter, den Menschen sei nur vergönnt, Schlüsse zu ziehen. Daraus ließe sich allerdings richtiger ableiten, Alkmaion spräche den Göttern das Denken ab, gäbe ihnen nur die Schau, während die Menschen mit ihrem logischen Vorgehen Wissenschaft betrieben. Capelle vermutete, es könne sich um zwei aufeinander folgende Lebensperioden des gleichen Mannes handeln. (Capelle 1958, 106) Wahrscheinlicher dürfte sein, dass Alkmaion wissenschaftlich vorgehendes Forschen als tatsächliche Quelle des Erkennens und Wissens betrachtete und die vorgeblich zu spontanen Einsichten fähige Intuition der Götter bezweifelte. Alkmaions Werk ist „nicht einfache Bereicherung des Fachwissens. Er reflektiert über die Rolle des logischen Schließens, das er bei dem Auswerten von Beobachtung und Experiment anwendet. Alkmaion benutzt die Resultate der medizinischen Forschung zu methodischen Überlegungen von philosophischer und gesellschaftlicher Tragweite. Er machte eine Entdeckung, die in der Folgezeit zu einem heftig umstrittenen Problem wird, an dem sich nach einiger Verwirrung materialistische und idealistische Weltanschauung scheiden. Alkmaion findet die Abhängigkeit des verständigen Denkens vom Gehirn. Seine Auffassung festigt sich durch Tiersektion.“ (Ley 1966, 201)

Chalcidius schrieb begeistert über Alkmaion im Anschluss an den Bericht von Untersuchungen des Auges,

„über die sowohl viele andere wie insbesondere Alkmaion von Kroton, ein bewährter Naturforscher, der es zuerst gewagt hat, eine Sektion vorzunehmen, und Kallisthenes, der Schüler des Aristoteles, und Herophilus viele herrliche Entdeckungen gemacht haben: es gäbe zwei schmale Wege, die vom Gehirn aus, in dem die höchste und entscheidende Kraft der Seele wurzeln, zu den Höhlungen der Augen gehen, die ein natürliches Pneuma enthalten. Während diese [Wege] von ein und demselben Ursprung und derselben Wurzel ausgehen und im innersten Grunde der Stirn eine Weile verbunden sind [d. h. parallel laufen?], gelangen sie, nachdem sie sich gabelförmig voneinander getrennt haben, zu den Augenhöhlen, wo sich der Augenbrauen querliegende Wege erstrecken; dort biegen sie um, indem der Schoß von Häuten die natürliche Feuchtigkeit aufnimmt und füllt Kugeln aus, die durch die Decke der Augenlider geschützt sind [...] Dass aber von ein und demselben Ursprung die lichtbringenden Wege ausgehen, wird schon durch die Sektion schlagend bewiesen; es ergibt sich aber daraus, dass beide Augen [nur] zusammen bewegt werden, und nicht das eine ohne das andere bewegt werden kann. Man hat ferner bemerkt, dass die Substanz des Auges selber aus vier Häuten oder Hüllen von ungleicher Festigkeit bestehe.“ (Chalcidius nach Diels 1934, 24 A 10)

Eindeutig besagt dieses außerordentlich wichtige Fragment, dass im Gehirn die höchste und entscheidende Kraft der Seele wurzelt – nach anderen Texten der Verstand. Hippokrates berichtete Alkmaions Erkenntnis, solange das Gehirn unversehrt bliebe, habe der Mensch seinen Verstand. Das Gehirn sei es, das den Verstand sprechen lasse! (Hippokrates nach Diels 1934, 24 A 11) Nicht eine vom Körper getrennte Seele sei demnach für Alkmaion dem Körper übergeordnet, sondern aus dessen Funktion ergäbe sich die Möglichkeit zum Denken. Die spätere Unterscheidung von Verstand und Vernunft sah er noch nicht. Der Verstand wäre es, der den Menschen vom Tier unterscheidet. Zwar verfüge das Tier ebenfalls über Sinnesempfindungen, denke aber nicht. Vielleicht gelangte Alkmaion zu dieser bedeutenden Entdeckung durch Untersuchungen des Aufbaus der Augen. Wahrscheinlich entdeckte er Nervenstränge oder „Poren“, die zum Gehirn führten, und fand darüber hinaus Verbindungen zu anderen Körperteilen. Da Alkmaion die seziierten Tiere noch nicht dauerhaft präparieren konnte, ließen sich die verschiedenen „Stränge“ im Körper kaum unterscheiden. (Ley 1966, 202) Lange noch bezeichnete man alle Stränge im Körper als „Adern“: Blutröhren, Sehnen, Nerven – Muskelstränge zum Beispiel als „Spannadern“. (Altes Testament, 1. Mose, 32)

Alkmaion folgerte jedenfalls, dass beim Menschen die Sinneswahrnehmung über das Gehirn in Denken umgesetzt würde. Dass er den Verstand als höchste und entscheidende Kraft der Seele bezeichnete, trenne ihn prinzipiell von allen Auffassungen, welche anderen, nichtintellektuellen, Eigenschaften den Vorzug gäben. Die Seele mit dem „*Hauch*“ zu identifizieren, entspränge der Naivität der Zeit. Es sei eine äußerliche Analogie, die zugleich an sachliche Erfahrung und an uralten Anismismus anknüpfe.

„Mit dem Tod vergeht der Atem. Leben ist äußerlich aber tatsächlich mit dem ‚Hauch‘ verbunden. Sie treten zusammen auf, ohne dass die Seele damit in Erscheinung käme. Durch den Vorgang der Atmung erhält der Körper den zur Verarbeitung der Nahrung notwendigen Sauerstoff.“ (Ley 1966, 202)

Obwohl Alkmaion keinen Einblick in den Chemismus des Atemvorgangs besitzen konnte, habe er das Denken nicht mit diesem, sondern mit dem Gehirn verbunden. Wenn er gelegentlich Seele und Hauch analogisierte, änderte sich seine Grundanschauung nicht, die das Bewusstsein nicht auf so einfache Weise mit ihnen in Beziehung setzte. Alkmaion *benutzte* nicht nur den Verstand, dessen Fähigkeit die Schule von Milet erkannt hatte, er untersuchte auch, wie dieser stofflich mit dem Körper verbunden sein könnte.

Alkmaions anatomisches Forschen galt auch Zeugung und Schwangerschaft (Kollesch, Nickel 1986) und den aufeinanderfolgenden Entwicklungsphasen des Embryos. (Brock 1929, 6) Es führte außerdem zu seiner Entdeckung der Notwendigkeit, „*Blutstränge*“ (vgl. Altes Testament, a. a. O.) als Blutadern in *Arterien* und *Venen* mit entsprechend verschiedenem Blut zu unterscheiden. Infolge seiner ärztlichen Behandlung von Kopf- und Gehirnverletzungen resp. Läsuren des Zentralnervensystems und seiner umfassenden anatomischen Beschäftigung mit diesen untersuchte Alkmaion speziell die physiologischen Auswirkungen von Gehirnerschütterungen. (Diepgen 1949, 76) Alkmaion standen nur vergleichsweise einfache medizinische und „*labortechnische*“ Mittel für seine Untersuchungen zur Verfügung. Die von ihm in diesem „*ersten wissenschaftlichen Laboratorium*“ ermittelten Erkenntnisse übertrug er auf sein ärztliches Handeln. Auf Grund seiner wissenschaftlich erarbeiteten Erfahrungen sowie, um prinzipielle Unterschiede zwischen tierischen und menschlichen Sinnen, zwischen einfacher Sinnestätigkeit des Tieres und menschlichem Verstand zu verdeutlichen, schlussfolgerte er vom seziierten toten auf den lebenden Körper, von der tierischen auf die menschliche Anatomie.

Alkmaions Lebenswerk

„ergänzt die praktische Grundlage einer rationalen Auffassung des Verhältnisses von Körper und Geist um eine neue spezialisierte Forschungsmethode: Die Vornahme der Sektionen wird noch zweitausend Jahre lang religiösen und staatlichen Verdikten unterliegen. Die Anwendung des bewußten Denkens bei komplizierten Arbeitsvorgängen und die Berücksichtigung der Naturnotwendigkeit waren jedoch bereits in die Praxis gedungen.“ (Ley 1966, 203f.)

Seither wurden immense Erkenntnisfortschritte erzielt, um Alkmaion gemäß die Denk- und Bewusstseinsfunktionen dem Zentralnervensystem zuzuweisen. Dennoch wurde Alkmaions diesbezüglicher großartiger Befund ständig zum Streitobjekt, wird die Seele immer wieder als „*unentbehrliches Requisite*“ in Religion und idealistischer Philosophie gebraucht,

„um die Verbindung von organischer Materie und Bewusstsein abzuschwächen oder zu bestreiten. Letzter Ausweg war bis in die neueste Zeit, der Theorie die unterschiedliche Qualität von Gehirn und Verstand entgegenzuhalten, zu behaupten, dass verschiedene Qualitäten nicht genetisch zusammenhängen könnten. Philosophisch ergibt sich daraus die Frage nach der qualitativen Veränderung bei beliebigen Prozessen, die Untersuchung des Umschlags von Qualität in andere Qualität.“ (Ebd., 203)

Derartiges Denken, das vielfältig in der Erforschung allgemeiner und spezieller Felder der Naturwirklichkeit auftritt, wird zum Denken elementarer Dialektik, die sich durch die Überlieferungen der philosophischen Materialisten von Heraklit bis Demokrit und Epikur zieht und

Plato ebenso zu faszinieren schien. Für Alkmaion mag allenfalls die *Formulierung* des genetischen Zusammenhangs von so Unterschiedlichem wie Gehirn und Gedanke mit Schwierigkeiten verknüpft gewesen sein; dort hatte das Undialektische seine „*Einbruchsstelle*“. Für den Naturwissenschaftler Alkmaion war das Ergebnis jedoch vornehmlich das Auffinden eines Bindegliedes zwischen Makrokosmos und Mikrokosmos: zwischen der den Sinnen zugänglichen Welt und dem Inhalt des menschlichen Bewusstseins.

Über lange Zeiten gerieten Alkmaions Entdeckungen in Vergessenheit – trotz der Überlieferung durch Platon (weil sie im Gegensatz zu Platons sonstigen Lehrmeinungen sowie zu diversen Ansichten nichtmaterialistischer Philosophie standen). Der Begriff Seele ist historisch gesehen ein „Relikt phantastischer Widerspiegelungsversuche der Wirklichkeit. Durch Alkmaion wird der Verstand zur wesentlichen Seite des Bewusstseins und zu einem Produkt der Materie. Die Seele wird ihrem Inhalt nach rationalisiert. Ihre wesentliche Tätigkeit ist der Verstand, dessen Organ im Körper vorzufinden ist. Alkmaion hat also eine wissenschaftliche Bresche in einen Wall von Vorstellungen gelegt, die aus gesellschaftlichen Gründen trotz seiner Entdeckung solange weiter wuchern, bis ihre Voraussetzungen nicht mehr existieren.“ (Ebd.)

Noch Paracelsus, Vesalius u. a. m. hatten im europäischen 16. Jahrhundert ganz erhebliche Probleme, die studierten und approbierten Ärzte ihrer Zeit zu überzeugen, dass eine neue Medizin notwendig sei, eine medizinische Wissenschaft, Anatomie, Chirurgie und Heilkunst mit Blick auf die Natur und das naturwissenschaftliche Experiment, und damit direkt auf und in den menschlichen Patienten notwendig sei. (Hofmeier 2007, XIII, 52-77, 203)

8.5 Weltharmonie, Gesundheit und Evolutionsmedizin

Mit seiner vor zweieinhalbtausend Jahren und danach über lange Zeiten hin fundamentalen Harmonie-Lehre, seiner Theorie von der Balance der Gegensätze, vom Gleichgewicht der Kräfte, von der Gleichwertigkeit pathogen und salutogen wirkender Antipoden bzw. der „*Isonomie entgegengesetzter Wirkungen*“ in der Medizin als Grundlage der Gesundheit der Menschen wurde Alkmaion von Kroton zum antiken medizinischen „*Isonomen*“, auch durchaus zu einem frühen „*Salutogeneseforscher*“.

Der Begriff „*Isonomie*“ ist heute weitgehend unbekannt, Literatur und Internet bieten nur wenige Anhaltspunkte. Am ehesten noch kennen Rechtshistoriker und Rechtstheoretiker Isonomie als eine Form und ein Rechtsprinzip der Demokratie. Rechtliche Isonomie besagt, dass Parteien oder Parteiengruppen vor dem Gesetz gleich bzw. gleichgestellt sind. In der griechischen Staatengeschichte wird sie mit dem Reformers der athenischen Verfassung Kleisthenes in Verbindung gebracht. Um politische Streitigkeiten zwischen Adel und Demos in Attika zu lösen, soll er unter arithmetischem Kalkül und gemäß entsprechend herbeigeführten Volksbeschlüssen die Strukturierung der Landesbereiche (Stadt Athen, Hafenbereich, Küste, Binnenland), ihrer Phylen und Deme als lokale Administrationseinheiten um 509 v. u. Z. neu festgelegt haben, so dass Adel und Bürger nur gemeinsam für ihre Gemeinde politisches Mitspracherecht hatten. Grundbesitz des Adels wurde nicht angetastet. Als Bezeichnung für diese damals neue Gesellschaftsordnung diente auch der Begriff Isonomie im Sinne von Gleichheit (Zweier) vor dem Gesetz.

Das Wort dürfte im damaligen griechischen Sprachgebrauch von Athen aus rasch allgemein geworden sein, so dass es durch die Pythagoreer leicht aufzugreifen und sinnverwandt auf ihre bzw. auf Alkmaions epochemachenden medizinischen Forschungserkenntnisse anzuwenden war.

Die medizinische Isonomielehre wird allerdings – auch ohne das Wort zu benutzen – wie selbstverständlich auch heute sehr weitgehend von Ärzten angewandt. Schon jede Münze hat ihre sprichwörtlichen zwei Seiten: Avers und Revers – immer sind gerade in der Medizin (mindestens) zwei Seiten zu erkennen, zwei Kraftdivergenzen zu beachten, das Krankmachende und das Gesundmachende, das Pathogene und das Salutogene. Hat der Patient Fieber, wird fiebersenkende Behandlung verordnet. Schmerzen werden mit schmerzstillenden Medikamenten beseitigt. Bei Eisenmangel des Blutes verschreibt man Eisenpräparate. Der gebrochene Knochen wird zusammengefügt. Körperliche oder seelische Abträglichkeit wird möglichst in die Gegenrichtung geleitet. Anspannung und Disstress werden von Erholung und Eustress abgelöst usw. Aus den Fugen geratenes Gleichgewicht wird möglichst neu ausbalanciert und wieder hergestellt.

Doch handelt es sich stets nur um Gleichgewichte von Antipoden? Müssten nicht – in jedem einzelnen Falle – mehrere, ja viele Seiten und Ebenen eines Erkrankungs geschehens bzw. Gesundungsplanes komplex und harmonisch, in einem „*isonomischen Vielfachen*“ berücksichtigt werden? Gesundheit ist doch mehr als selbst die ausgeglichene Isonomie in allen Körperfunktionen, mehr als nur das einwandfreie Funktionieren bzw. ärztliche in Funktion halten der automatischen, autonomen Regelkreisfunktionen auf der Steuerungsebene des menschlichen Organismus. Gesundheit ist mehr als Homöostase, mehr als nur das Fließgleichgewicht der physiologischen Körperfunktionen, der Stabilität der Verhältnisse zwischen Blutdruck, Körpertemperatur, Blut-pH-Wert etc.

Mit dem Konzept der „*Biopsychosozialen Einheit Mensch*“ (Wessel 1991) liegt seit längerem ein hochmodernes, interdisziplinäres Modell ganzheitlichen Denkens über den Menschen in seiner gesamten Humanontogenese vor – seiner Individualentwicklung in Krankheit und Gesundheit. Bio-psycho-sozial besagt, dass der Mensch als (natürlich-)biotisches Wesen, vermittelt durch das (Natürlich-)Psychische in einem (natürlich-)sozialen (einschließlich kulturellen) Umfeld existiert. Pathogene kommen aus allen dieser Sphären – aber auch Salutogene! Selbst die Weltgesundheitsorganisation WHO verwendete bereits vor mehr als fünfzig Jahren einen „*biopsychosozialen*“ Gesundheitsbegriff wie die Präambel ihrer Verfassung von 1948 aufweist:

„Gesundheit ist ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ (Holm 2001) (Umstritten ist die von manchen interpretierte Absolutheit des verwendeten Begriffs „völligen“ Wohlbefindens.)

Schiefenhövel belegt mit vielen anthropologischen Forschungsbeispielen, dass

„Krankheit und Gesundheit nicht immer klar abgrenzbar sind, sondern hier [...] auch der Einfluss der Kultur sichtbar [wird], die einen Rahmen schafft für die Interpretation von Gesundheit und Krankheit“ (Schiefenhövel 1994, 219)

auf einem Kontinuum, das bei Antonovsky wiederzufinden ist. Vielleicht würden wir Alkmaion mit einem dynamischen Multi-Isonomie-Konzept gerecht? Weitere Entwicklung in Richtung komplexen medizinischen Denkens lassen hoffnungsvoll stimmen. So verkündete 2002 die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ihren Beschluss, wonach sie vom bisher vertretenen „*biomedizinischen*“ Modell abrückt und stattdessen das „*biopsychosoziale Modell*“ für ihre medizinischen Forschungen als zukunftsweisend bevorzugt. (Kleinhempel 2002, 8)

Selbstverständlich ist jeder Mensch (auch) selbstverantwortlich für seine eigene Gesundheit, und er kann dieser Verantwortung im Zuge seiner Humanontogenese mehr und mehr gerecht werden. Er bildet dafür Kompetenz aus. Im sich ontogenetisch entwickelnden hierarchischen System der Kompetenzen des Menschen (Wessel 1998, 17 ff.) erwächst sie ontogenetisch aus

der biopsychosozialen Einheit unter Lernprozessen und ist eng verbunden mit kognitiven, volitiven, kommunikativen, ästhetischen und weiteren Kompetenzanteilen. Die Tatsache, dass neben vielen kranken viele gesunde, auch stabil und dauerhaft gesunde Menschen leben, dass die meisten Menschen bewusst, kompetent und erfolgreich ihre „*Gesundheit als Prozess*“ mehr oder weniger pflegen und fördern (auch wenn sie eigentlich – auf dem Kontinuum – krank sind), mag Antonovsky bewegt haben, seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts nach dem „*Ursprung von Gesundheit*“ zu forschen, der Pathogenese die Salutogenese gegenüberzustellen. (Holm 2001)

Salutogenese bedeutet einen fundamentalen Perspektiven- und Paradigmenwechsel von einer „*Reparaturdienstmedizin*“ hin zur Förderung der zahlreichen Ressourcen, Potenziale, Lebenskräfte und subjektiven Möglichkeiten des Menschen für gesundes, harmonisches Leben. Ausufernde Therapie von Defiziten, Krisen und Krankheiten ist bedeutend teurer – was jedoch nicht Antonovskys alleiniges Motiv gewesen ist. Antonovsky sah das Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit, auf dem sich alle Menschen bewegen. Er verteilte nicht etwa die Beachtung der Pathogenese, sondern trat sehr wohl für medizinische Entwicklung, für Krankheits-Erforschung und -Therapie ein. Darüber hinaus aber baute er bezogen auf dieses Krankheits-Gesundheits-Kontinuum auf Gefühle des Vertrauens des einzelnen in das *Verstehen* seiner inneren und äußeren Situation, in die *Handhabbarkeit* der ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen und in die subjektive, motivierende *Bedeutsamkeit* dessen, wofür sich Anstrengung lohnt. (Antonovsky 1997, 15) „*Gesundheit als Lebenskompetenz*“ (Holm) könnte gemäß Wessels hierarchischem System der Kompetenzen (s. o.) die Patentformel heißen. Antonovskys Werk „*Salutogenese*“ gilt nach wie vor als Standardwerk modernster Gesundheitsförderung.

Übrigens hilft das ebenfalls noch junge Konzept der „*Hygiogenese*“, dessen Adepten sich offenbar auf eine unsinnige Wettbewerbsdiskussion gegenüber Salutogenetikern einlassen, nicht viel weiter. Hygiogenese baut auf die vegetativen Selbstheilungskräfte des menschlichen Organismus – also auch ohne besonderes Zutun des subjektiv Betroffenen:

„Die Dynamik hygiogenetischer Prozesse wird vom System der vegetativen Regulationen bestimmt, dessen Reaktion durch phasische bzw. periodische Wechsel zwischen Leistungs- und Erholungstendenz (*Ergotropie* und *Trophotropie*) eine charakteristische Zeitstruktur aufweisen [...] Die spektakulären Erfolge der neuzeitlichen naturwissenschaftlichen Medizin haben den Blick dafür gestellt, dass auch bei künstlichen therapeutischen Eingriffen (operative Ausschaltung, Chemotherapie, u. a.) Heilung letzten Endes immer auf die hygiogenetischen Fähigkeiten des Organismus zurückzuführen ist (z. B. Wundheilung, Immunabwehr, kompensatorisches Wachstum, Regulation, Adaption).“ (Hildebrandt 1980)

Eigenartig mutet der Versuch an, Hygiogenese gegen Antonovskys Salutogenese auszuspielen zu wollen:

„Mit dem Wort ‚Hygiogenese‘ ist [...] nichts anderes gemeint als die Entstehung von Gesundheit. Damit erweist sich dieses Wort als ebenso gebräuchlich wie das heutzutage viel weiter verbreitete Wort ‚Salutogenese‘. Anstatt, wie in der Pathogenese [...] üblich, den Krankheitsverlauf zu beobachten und zu erforschen, nehmen Hygiogenese und Salutogenese daher den entgegengesetzten Weg: Erhaltung und Verbesserung von Gesundheit. Mit der Salutogenese ist in der Regel das psychosomatische Modell, das von Antonovsky entwickelt wurde, gemeint. Dadurch findet eine Einengung des Begriffs statt, denn das Modell behandelt letztlich lediglich den Einfluss des ‚Selbst‘ auf seine Lebensplanung und auf die Ausgestaltung der Lebenssituationen ...“ (Cysarz 2001)

Ganz anders jedoch und bedeutend weiter muss akzeptiert werden: Das Salutogenese-Paradigma behandelt nicht „*lediglich den Einfluss des Selbst auf seine Lebensplanung*“. Nein, es hat endlich das an Gesundheit zutiefst interessierte Selbst in die Medizin hereingeholt! Endlich werden – über das bloß biologisch Vegetative bzw. Psychosomatische weit hinausgehend – die Kompetenzen, werden die *subjektiven Möglichkeiten* der betroffenen Individuen nutzbar gemacht!

Endlich bekommt die biopsychosoziale Einheit Mensch hier ihre humanontogenetische Chance! Ein großer Schritt in Richtung auf eine neuartige multidimensionale Medizin unter „isonomer“ Beteiligung beider Seiten als Akteure: Arzt (und Pfleger) *und* Patient!

Wulf Schiefenhövel fordert ebendies aus seiner Sicht, nämlich,

„dass wir die medizinische Eindimensionalität überwinden müssen, um die faszinierenden Zusammenhänge zwischen Umwelt, Körper und Psyche erkennen zu können. Dazu bedarf es nicht der Esoterik, des New Age oder der Parapsychologie. Die Richtung des Erkenntnisprozesses ist klar: Wir müssen evolutionär und kulturenvergleichend sehen lernen und so die Verknüpfungen der verschiedenen Systeme unserer körperlichen Funktionen begreifen. Computer sind armselige Metaphern für die ungeheure Leistungsfähigkeit des Lebendigen. Zellen – nicht nur Subsysteme – stehen miteinander in Kontakt, das Immunsystem hat ein unvorstellbares Gedächtnis. Eine Vielzahl von Botenstoffen sorgt dafür, dass Informationen an alle wichtigen Stellen gelangen und die flexible Balance gewährleistet ist. Sie ist Kennzeichen des evolutiv entstandenen Lebens, das nahezu optimale Anpassung, nicht Mängelwesen erzeugt. Erfreulicherweise trifft das auch für uns Menschen zu.“ (Schiefenhövel 1999, 60)

Warum sollte solch evolutiv optimaler Mensch nicht hinreichend salutogen kompetent sein oder werden, mehr und mehr sein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum mitzuplanen und mitzubestimmen? Die vegetative Hygiogenese wirkt und webt ohnehin.

Schließlich hat Alkmaion erfreulich recht behalten: Seine antike Isonomielehre gilt vieltausendmal, ist auf die Ebene heutiger Medizin gehoben und zeigt sich glänzend in der von Schiefenhövel ausgesprochenen „flexiblen Balance“.

Dennoch oder gerade deshalb dürfte ein völlig neues medizinisches Leitbild vonnöten sein, „*das Gesundheitssystem ist neu zu denken.*“ (Huber 1996, 11) Vielleicht bringt, neben der Humangenomforschung und vielen weiteren interdisziplinären Aktivitäten, das außergewöhnlich komplexe Denken und tiefe Schürfen der Evolutionsmedizin in unseren uralten unerforschten naturgeschichtlichen Herkunftsgründen künftig brauchbare Antworten auf viele alte Fragen. Überhaupt nicht geklärt ist beispielsweise, und dies generell, warum wir überhaupt krank werden. Allein zur Definition des Krankheitsbegriffs brennt ein seit Jahrzehnten andauernder internationaler Streit. Gilt eine Krankheit nach heutigen unterschiedlichen Sichten als erkannt, müssten notwendige Zusatzfragen bzw. sogar Grundfragen gestellt werden, wie die Evolutionsmediziner Randolph M. Nesse und George C. Williams empfehlen:

- „- Welche Aspekte des Krankheitsbildes sind direkt Manifestation der Krankheit und welche repräsentieren einen Abwehrmechanismus?
- Falls die Krankheit über eine genetische Komponente verfügt, warum sind die Gene erhalten geblieben?
- Tragen neuartige Umwelteinflüsse zur Entstehung der Krankheit bei?
- Falls die Krankheit mit einer Infektion in Zusammenhang zu bringen ist: Welche Aspekte ihres Erscheinungsbildes kommen dem Wirt zugute, welche dem pathogenen Organismus und welche keinem von beiden?
- Mit welchen Strategien versucht der Krankheitserreger, unsere Verteidigungsmechanismen zu umgehen, und welche besonderen Verteidigungsmechanismen haben wir gegen diese Strategien?
- Welche Designkompromisse oder welches historische Erbe lässt uns für diese Erkrankung anfällig werden?“ (Nesse, Williams 1998, 273f.)

Keine Frage ist es – moralisch oder medizinisch – ob der Mensch oder der Virus in dieser Natur „*im Recht*“ ist. Beide sind Partner und Wettbewerber in der Evolution. Die Evolution des Menschen – absolut im Darwinschen Sinne – wurde keinesfalls abgeschlossen, als er sich aus dem Tierreich zum aufrechten Gang erhoben hatte. Sie vollzieht sich unaufhaltsam weiter, offenbar aber langsamer als die kulturellen Veränderungen menschlicher Lebensweisen seither im Zuge der Zivilisation. In dieser evolutionären Heterochronität liegen massenhaft Ursachen für Überla-

stungen und Erkrankungen der Menschen, sowie die Erklärungen dafür – ein unendlich weites medizinisches Feld, ein gigantisches evolutionsmedizinisches Bergwerk, humanontogene-tische Forschungsaufgaben für Generationen! Salute!

9 „Rasse“ – Evolution – Gesundheit: Wider den Rassenbegriff in seiner Anwendung auf den Menschen bis zur Gegenwart

Uwe Hoßfeld

9.1 Einleitung

„Niemand darf wegen seines Geschlechts, seiner Abstammung, seiner Rasse (...) benachteiligt oder bevorzugt werden.“

So steht es in Artikel 3 unserer Verfassung. Moment mal: Rasse? Unlängst hat das EU-Parlament sich gegen das Wort Rasse in Verfassungstexten ausgesprochen; Schweden, Finnland und Österreich entfernten es bereits aus ihren zentralen Rechtsdokumenten.

Die Menschen stellen körperlich eine der variantenreichsten Spezies auf der Erde dar. Die Unterschiede werden seit langem auch dazu benutzt, um Rückschlüsse auf die Abstammung der Menschen zu ziehen. Dieser menschliche Hang, stets kategorisieren zu wollen, hat im Laufe der Geschichte zu ungeheurem menschlichen Leid geführt. Menschengruppen wurden so wegen ihrer „Rasse“, ihrer Hautfarbe, Augen- oder Schädelform verfolgt, ermordet oder versklavt (Baker 1974; Cavalli-Sforza & Cavalli-Sforza 1994; Kattmann 1996; Feldman et al. 2003; Junker 2009).

Der Begriff der „Rasse“ hat dabei eine wechselvolle, unrühmliche Geschichte. Doch ist er für den Menschen überhaupt angemessen? Wir sprechen zwar in der biologischen Terminologie von Hunderassen, Taubenrassen etc., doch konnte die Wissenschaft mit eindrucksvollen (vorwiegend genetischen) Argumenten beweisen, dass die Einteilung der Menschen in Rassen wissenschaftlich nicht zu halten ist. Es wurde gezeigt, dass äußere Merkmale wie Haut- und Haarfarbe, die gerade von einem Dutzend Erbfaktoren bestimmt werden, nur der Anpassung der Natur an die jeweiligen örtlichen Gegebenheiten zu verdanken ist. Wir Menschen sind verschieden und dennoch gleich. Bis heute gibt es keine wissenschaftlich haltbare Definition des Begriffes „Rasse“ in seiner Anwendung auf den Menschen. Und dennoch wird er mehr oder weniger unreflektiert ge- oder bewusst missbraucht. Der Rassismus unter den Menschen besteht weiter. Rassenforschung, -kunde, -hygiene beziehungsweise Eugenik im 20. Jahrhundert waren dabei einige Sonderwege „rasse-orientierten“ Denkens und Handelns. Oftmals wurden die Forschungsergebnisse dabei auch in Beziehung zur „(Volks) Gesundheit“ (der Bevölkerung, des Volkes, der „Rasse“) gesetzt und damit ebenso eine unheilvolle Verbindung von Politik und Wissenschaft heraufbeschworen (Niemitz et al. 2006; Hoßfeld 2012 a; Olson 2003).

Man kann daher annehmen, dass der Rassismus menschlichen Bedürfnissen nach Abgrenzung und dem Wunsch nach „Kategorisierung beziehungsweise Hierarchisierung“ entgegenkommt. Die Wahrnehmung von morphologisch-phänotypischen (äußeren) Unterschieden kann uns aber irrtümlicherweise auch oftmals dazu verleiten, von diesen auf genetische/genotypische (innere) Unterschiede zu schließen. Die Genforschung hat nun den Schwachpunkt solcher Überzeugungen aufgedeckt. Jede Gruppe ist eine Mischung aus vielen früheren Gruppen, eine sich ständig verändernde Auswahl genetischer Varianten aus einem gemeinsamen genetischen Erbe.

Was heißt dies nun für die inhaltlich und politisch korrekte Begrifflichkeit? In einigen Publikationen wird neuerdings vorgeschlagen, für die jeweils zu betrachtende Menschengruppe beispielsweise von „*geografischer Variante*“ oder „*biologischer Fortpflanzungsgemeinschaft*“ zu sprechen. Begriffe, die allerdings sehr sperrig für die Integrierung in Rechtsdokumente sind. Am wahrscheinlichsten scheint mir, dass zukünftig der Begriff „*Ethnie*“ beziehungsweise „*Population von Menschen*“ den der „*Rasse*“ ersetzen sollte, wenn eben auf den modernen Menschen (*Homo sapiens*) in Diskussionen reflektiert wird. Die neue Begrifflichkeit „*Ethnie*“ wird dabei auch so manchem Biologen oder Biologie-Vermittler zunächst etwas holprig über die Lippen gehen. Aber gerade in Hinblick auf den historischen Missbrauch der Biologie sollten wir Biologen unsere Worte bewusst und vor allem inhaltlich korrekt wählen (Hoßfeld 2012 b).

Nachfolgender Beitrag soll entsprechend der Themensetzung einige exemplarische Beispiele aus den vergangenen Zeitepochen anführen, die zeigen, wie sich eben das Verhältnis von „*Rasse*“ – Evolution – Gesundheit darstellte. Es ist im Rahmen dieses Beitrages aber unmöglich, hier im Einzelnen die vielen Aspekte dieser einige Jahrhunderte umfassenden Thematik kritisch zu würdigen und in Gänze inhaltlich zu erfassen (Tattersall 1995; Wolpoff & Caspari 1997; Stoczkowski 2002; Hoßfeld 2005; Preuß et al. 2006; Gibbons 2006; Delisle 2007).

9.2 Die Zeit vor Darwin

Eine kurze Retrospektive zur Genese der biologischen Anthropologie um/nach 1800 und einzelner Vertreter zeigt, wie bei einigen Gelehrten unterschiedlichster Couleur schon frühzeitig ein klares naturwissenschaftliches Verständnis über Definition und Inhalt von Menschenkunde/Anthropologie (wenn auch noch nicht exakt formuliert) vorhanden gewesen ist, und das, obwohl noch fossile Belege bezüglich der Abstammung des Menschen (erst 1865 Neandertalerfund, 1890 Pithecanthropusfund usw.) fehlten.

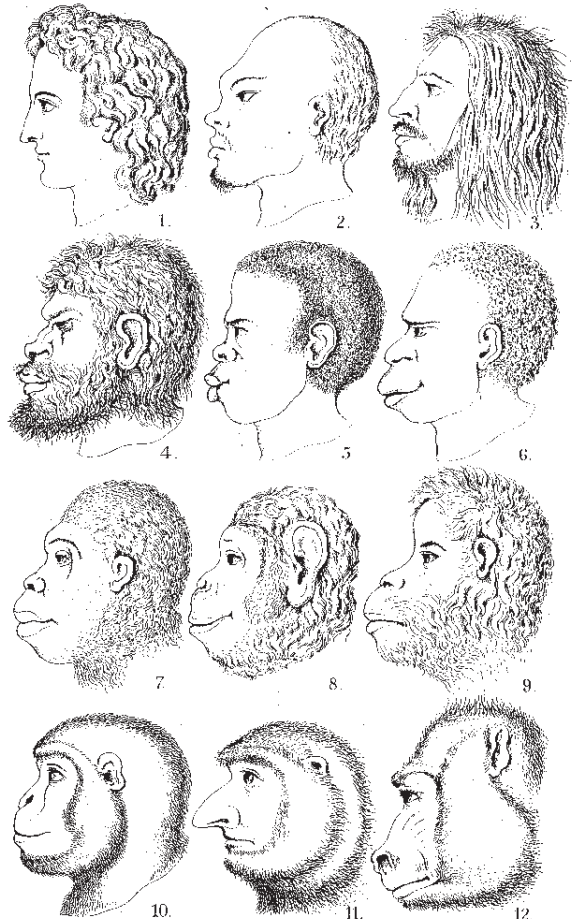


Abb. 1: Die Familiengruppe der Katarrhinen. Ernst Haeckel: Natürliche Schöpfungsgeschichte, Berlin 1868.

Name	Fachgebiet	Werke
Kant, I.	Philosophie	Von den verschiedenen Racen der Menschen (1775), Bestimmung des Begriffs einer Menschenrace (1785), Über den Gebrauch teleologischer Principien in der Philosophie (1788), Anthropologie in pragmatischer Hinsicht (1798)
Blumenbach, J. F.	Naturgeschichte	De generis humani varietate nativa (1775)
Zimmermann, E. W. A.	Physik, Geographie	Geographische Geschichte des Menschen und der allgemein verbreiteten Tiere nebst einer hierhergehörigen zoologischen Weltkarte (1778)
Sömmerring, S. T. v.	Medizin	Über die körperliche Verschiedenheit des Negers vom Europäer (1785)
Herder, J. G.	Philosophie	Ideen zur Philosophie der Geschichte der Menschheit (1784-1791), Briefe zur Beförderung der Humanität (1793-1797)
Meiners, Ch.	Philosophie	Grundriß der Geschichte der Menschheit (1786)
Forster, G. R.	Forschungsreisender	Noch etwas über die Menschenrassen (1786)
Loder, J. Ch.	Medizin	Anfangsgründe der medicinischen Anthropologie und der Staats-Arzneykunde (1791)
Hufeland, C. W.	Medizin	Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern – „Makrobiotik“ (1796)
Oken, L.	(Natur-)Philosophie, Zoologie, Medizin	Abriß des Systems der Biologie (1805), Lehrbuch der Naturphilosophie (1809-11), Lehrbuch der Naturgeschichte (1812-26)
Carus, C. G.	Medizin	Lehrbuch der Zootomie mit stäter Hinsicht auf Physiologie (1818), Vergleichende Anatomie und Physiologie (1828)
Burdach, K. F.	Medizin	Der Mensch nach den verschiedenen Seiten seiner Natur. Anthropologie für das gebildete Publicum (1837)

Wie die Übersicht verdeutlicht, lassen sich zum Ende des 18. Jahrhunderts drei Stränge der anthropologischen Forschung klassifizieren: a) Diskussionen über ein allgemeines Menschenbild auf der Grundlage des „Tier-Mensch-Vergleiches“, b) der konkrete Beitrag von Ärzten (insbesondere von vergleichenden Anatomen) bei der Erarbeitung von Kenntnissen über Variationen und die menschliche Anatomie/Morphologie und c) das Sammeln von Fakten zur geographischen Variabilität und Verbreitung des Menschen während der umfangreichen Sammelexpeditionen und wissenschaftlichen Reisen.

All dies vereinigte sich dann in der/zu einer Naturgeschichte des Menschen. Mit I. Kant, J. Hunter und später auch J. G. Herder hatte nahezu zeitgleich der Göttinger Gelehrte Johann Friedrich Blumenbach (1752-1840) – der eigentliche „Vater der Anthropologie“ im deutschen Sprachraum – ebenso Vorstellungen über die Menschheitsgeschichte entwickelt. Zunächst mit dem Katalogisieren von Schädeln befasst, sollte sich seine 100 Seiten umfassende Dissertation *De generis humani varietate nativa* (1775) als bedeutend für die Geschichte der Anthropologie erweisen.¹ Klar und übersichtlich geschrieben, machte diese Schrift Blumenbach über Nacht zu einer gelehrten Berühmtheit und in nur wenigen Jahren zum Ordinarius für Naturgeschichte an der Universität Göttingen. Seine Arbeit,

die auch auf den großen Reisebeschreibungen fußte, stellt für die damaligen wissenschaftlichen Verhältnisse einen ersten Versuch dar, die Wesen der körperlichen Verschiedenheiten der Menschen übersichtlich und anschaulich darzustellen. Ebenso ist es sein Verdienst, die

„technischen Mittel zur direkten Beobachtung und Untersuchung, die seine Zeit ihm bot, für die Anthropologie ausgewählt und zusammengestellt zu haben“ (Scheidt 1922, 293).

Als Methode und Form beschreibendes Objekt nutzte er den Schädelvergleich und dürfte damit zu den ersten Gelehrten jener Zeit gehören, der planmäßig Kraniologie betrieb. Später verband Blumenbach seine Ergebnisse mit denen aus der vergleichenden Anatomie, Physiologie und Psychologie.² Dieser wissenschaftliche Zugang sollte sich zunächst und für die nächsten Jahrzehnte als bedeutend erweisen, wurde doch so der anthropologischen Forschung mittels der Kraniologie ein handlicher Bezugspunkt vorgegeben, womit Formverschiedenheiten der Menschen klar nachzuvollziehen waren (Lenoir 1980). Andererseits wirkte diese Methode aber auch hemmend, indem sie zu Einseitigkeit in der anthropologischen Forschung führte, gerade in dem Moment, als auch die Naturphilosophie einen gewissen negativen Einfluss auf die anthropologische Entwicklung nehmen sollte. Als schließlich dann im Jahre 1890 der ungarische Anthropologe Aurel von Török auf rund 5000 an einem Schädel zu nehmende Maße kam, war eine Art methodische Sackgasse der Kraniologie erreicht (Török 1890). Mit seiner Rassengliederung (beruhend auf unterschiedlichen Hauttönungen), die in seinen einzelnen Werken differiert, gab Blumenbach eine Klassifikation vor, die bis an die Wende des 19. Jahrhunderts Bestand haben sollte und eine außerordentliche Verbreitung erlangte. Er unterschied seit seiner Dissertation fünf Haupttrassen³, die einzelne beschreibende Abänderungen erfuhren, und fast drei Jahrzehnte nach deren Einführung liest man in der siebten Auflage des *Handbuch der Naturgeschichte* (1803):

- „Die caucasische Rasse: [...] von weißer Farbe mit rothen Wangen, langem, weichem, nußbraunem Haar (das aber einerseits ins Blonde, andererseits ins Dunkelbraune übergeht); und der nach den europäischen Begriffen von Schönheit musterhaftesten Schedel- und Gesichts-Form. Es gehören dahin die Europäer mit Ausnahme der Lappen und übrigen Finnen; dann die westlichen Asiaten, dießseits des Obi, des caspischen Meers und des Ganges; nebst den Nordafricanern; – also ungefähr die Bewohner der den alten Griechen und Römern bekannten Welt.
- Die mongolische Rasse: [...] meist waizengelb (theils wie gekochte Quitten, oder wie getrocknete Citronschalen); mit wenigem, straffem, schwarzem Haar; enggeschlitzten Augenliedern; plattem Gesicht; und seinwärts eminiirenden Backenknochen. Diese Rasse begreift die übrigen Asiaten, mit Ausnahme der Malayen; dann die finnischen Völker in Europa (Lappen etc.), und die Eskimos im nördlichen America von der Beringstraße bis Labrador.
- Die äthiopische Rasse: [...] mehr oder weniger schwarz; mit schwarzem, krausem Haar; vorwärts prominirenden Kiefern, wulstigen Lippen und stumpfer Nase. Dahin die übrigen Africaner, namentlich die Neger, die sich dann durch die Fulahs in den Mauren etc. verlieren, so wie jede andere Menschen-Varietät mit ihren benachbarten Völkern gleichsam zusammen fließt.

¹ Auch die aus der Dissertation entstandenen Dekaden wurden für die Menschenforschung bedeutsam. Vgl. Blumenbach, J. F. (1790): *Decas Collectionis suae Cranium Diversarum Gentium illustrata*. 11 Seiten und 70 Tafeln, Göttingen. Ebenso stellte die von Johann Gottfried Gruber besorgte Übersetzung der dritten Auflage der Dissertation eine gute Zusammenfassung des Wissens jener Jahre dar – diese war „Seiner Hochwürdigem Magnifizenz, dem Herrn Vize-Präsidenten Herder in Weimar“ gewidmet, vgl. Blumenbach, J. F. (1798): *Über die natürlichen Verschiedenheiten im Menschengeschlechte*. Leipzig.

² So verfasste er bspw. noch ein *Handbuch der Physiologie, der vergleichenden Anatomie und der Knochenlehre*. Er gilt aufgrund seiner Bemerkungen über die rassischen Verschiedenheiten beim Menschen in Beziehung zu den Haustieren (*Über Menschenrassen und Schweinerassen*. Lichtenbergs Mag. VI: 1-23, 1789) ebenso als Vorläufer der Domestikationsforschung.

³ Zum Vorwurf, Blumenbach hätte mit dieser Einteilung/Hierarchisierung der nationalsozialistischen Rassenkunde ein Grundgerüst vorgegeben, vgl. Gould 1983. Im Jahre 1998 hat Junker nachgewiesen, dass Gould wesentlich für diese Aussage das Schema von Blumenbach gefälscht hat (Junker 1998).

- Die amerikanische Rasse: [...] Lohfarb oder zimmtbraun (theils wie Eisenrost oder angelaufenes Kupfer); mit schlichtem, straffem, schwarzem Haar, und breitem aber nicht plattem Gesicht, sondern stark ausgewirkten Zügen. Begreift die übrigen Americaner außer den Eskimos.
- Die malayische Rasse: [...] von brauner Farbe (einerseits bis ins helle Mahagoni andererseits bis ins dunkelste Nelken- und Castanienbraun); mit dichtem schwarzlockigem Haarwuchs; breiter Nase, großem Munde. Dahin gehören die Südsee-Insulaner oder die Bewohner des fünften Welttheils und der Marianen, Philippinen, Molucken, sundaischen Inseln etc. nebst den eigentlichen Malayen.
Von diesen fünf Haupt-Rassen muß nach allen physiologischen Gründen die caucasische als die sogenannte Stamm- oder Mittel-Rasse angenommen werden [...]“ (Blumenbach 1803, 66-68).

Als wichtigste „reizende Eindrücke“, welche diese Varietätenunterschiede hervorbringen, sah Blumenbach den Einfluss des Klimas (für die Hautfarbe und die Körpergröße), die Nahrung, die Haarform usw. Anschauungen, die ihn schließlich dazu veranlassten, die Urheimat des Menschengeschlechts in Asien anzunehmen und somit die kaukasische Rasse mit der weißen Hautfarbe (als die ursprünglichste) an die Spitze seiner Einteilung zu stellen. Auch hat er zahlreiche seiner Schüler (Alexander von Humboldt, Prinz Max von Wied usw.) angeregt, Forschungsreisen zu unternehmen, um bspw. dabei zahlreiches Material verschiedenster Art zu sammeln und anschließend wissenschaftlich auszuwerten. Hinsichtlich der Evolution glaubte Blumenbach an die Katastrophentheorie, insbesondere wegen der fossilen Funde, andererseits aber auch an eine Veränderlichkeit der Lebenswelt mittels Bildungstrieb (Nisus formativus).

Das letzte Drittel des 18. Jahrhunderts hat sich als ein sehr fortschrittlicher Zeitraum für die Entwicklung der Menschenkunde erwiesen, gelang es doch gleich von drei wissenschaftlichen Seiten aus, Beiträge für eine sich zukünftig biologisch zu konturierende Anthropologie zu leisten. So haben die Zoologie/Anatomie, Geographie und Philosophie in einigen Punkten wichtige und wesentliche Grundlagen für die exakte (spätere) „Hominidengliederung“ (bereits 1830 lagen insgesamt 26 nomenklatorisch gültige Namen vor) sowie die zukünftige Wissenschaft gelegt. Kant formulierte die grundlegenden Begriffe für die Anthropologie, Blumenbach hingegen erweiterte diese um die biologischen Grundlagen bzw. gab er eine erste Einteilung der Menschenrassen. Zimmermann, Humboldt und Goethe dehnten den Fokus der Betrachtung auf die geographisch-zoologische sowie völkerkundliche Richtung aus, und das Verdienst von Sömmerring hatte darin bestanden, eine anatomisch-physiologische (medizinische) Sichtweise zu postulieren, die schließlich auch die Diskussionen innerhalb des „Affe-Mensch-Vergleiches“ beendete.

Mit den philosophischen Erweiterungen, Ergänzungen oder Abwandlungen eines Herder, Meiners und Oken wurden ebenso ideengeschichtliche Grundlagen für eine biologisch exakte „Formenkunde“ der Hominiden vorgegeben, die jedoch noch auf humanphylogenetische Interpretationsmuster verzichten musste. Allen hier erwähnten Gelehrten war ferner gemeinsam, sich in ihren Untersuchungen streng an das empirische Datenmaterial gehalten zu haben und bei den Interpretationen weitgehend weltanschaulichen und moralischen Fragen aus dem Weg gegangen zu sein. Die eigentlichen Rassenideologien, „mit ihren Vorstellungen von biologischer Potenz und kultureller Überlegenheit“,

waren den Gelehrten des 18. Jahrhunderts noch vollkommen fremd (Bitterli 1977). Biologische Anthropologie – ohne jedweden Bezug zur Gesundheit des Menschen – verstand sich zu jener Zeit als Bündelung der biologischen Forschung und Integrierung der philosophischen Weltanschauung. Erst mit Darwins Theorien sollten ihr wieder neue (evolutive) Impulse verliehen werden.

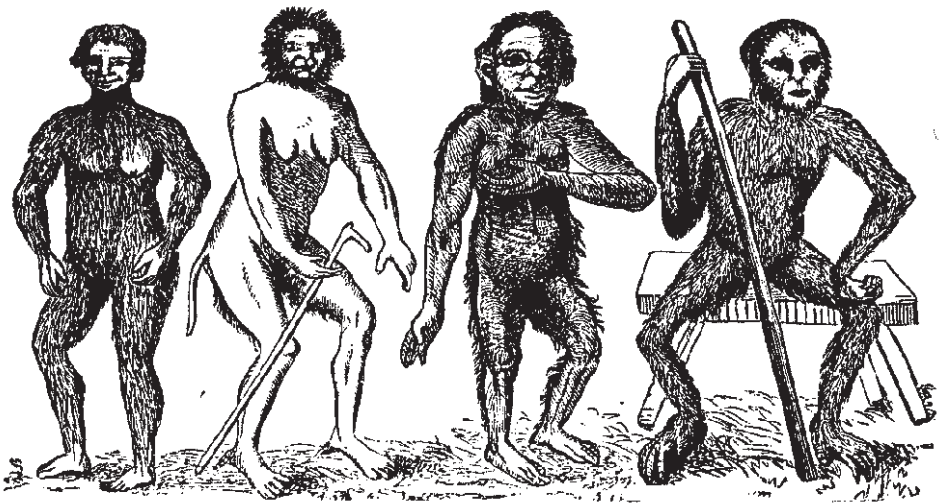


Abb. 2: Huxley, Thomas Henry, Zeugnisse für die Stellung des Menschen in der Natur, Friedrich Vieweg und Sohn, Braunschweig, 1863, 14, die Anthropomorpha Linnés

9.3 Die Internationale der biologischen Anthropologen

Nachdem 1861, zwei Jahre nach dem Erscheinen von Darwins *On the Origin of Species* und auf Veranlassung von Carl Ernst von Baer und Rudolph Wagner, die erste Zusammenkunft einiger Anthropologen erfolgreich in Göttingen stattgefunden hatte, sollten nur zwei Jahre vergehen, bis es europaweit zu einem weiteren Höhepunkt in der inhaltlichen Auseinandersetzung mit Fragestellungen der biologischen Anthropologie (in ihrer Anwendung auf den Menschen) kam (von Baer & Wagner 1861). Hatte zu von Baers Zeiten noch eine Theorie der gemeinsamen Abstammung gefehlt, war mit dem Jahr 1859 nun den Naturwissenschaftlern eine theoretisch-methodologische Voraussetzung gegeben, um erstmals konkret ernsthafte wissenschaftliche Diskussionen über den Entwicklungsgedanken zu führen, stammesgeschichtliche Hintergründe bzw. Fragestellungen näher zu hinterfragen usw. Obwohl die damaligen wissenschaftlichen Ergebnisse aus Fachbereichen wie der Embryologie, vergleichenden Anatomie und Paläontologie immer zahlreicher wurden, war die letztlich logische Konsequenz der darwinschen Theorien, in Bezug auf ihre Anwendung auf die menschliche Entwicklung, auf erbitterte Widerstände gestoßen und somit nicht/nur sporadisch vollzogen worden. Begeisterte Anhänger Darwins machten sich nun daran, die „Frage aller Fragen für die Menschheit“ (Huxley 1863, 64) zu

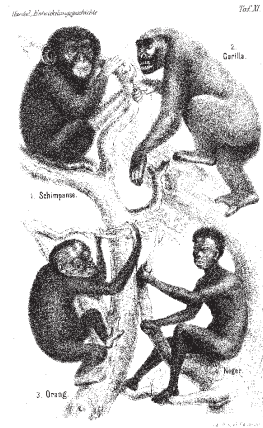


Abb. 3: Haeckel, Ernst, Anthropogenie oder Entwicklungsgeschichte des Menschen. Gemeinverständliche wissenschaftliche Vorträge über die Grundzüge der menschlichen Keimes- und Stammes-Geschichte, Verlag von Wilhelm Engelmann, Leipzig, 1874, Tafel XI, Entwicklungsgeschichte des Menschen (1. Schimpanse; 2. Gorilla; 3. Orang; 4. Neger), Hausbestand

klären. Zu ihnen gehörten Anatomen, Zoologen, Paläontologen (T.H. Huxley, Ch. Lyell, E. Haeckel, F. Rolle, C. Vogt, L. Büchner, F. de Filippi), Botaniker (M.J. Schleiden), Linguisten (A. Schleicher) und sogar Mathematiker/Physiker (K. Snell).

Das Jahr 1863 und mit diesem die „*Internationale der biologischen Anthropologen*“ können als Vorstufe einer Synthetisierung von wissenschaftlichem Gedankengut, wie sie in den 1930er und 1940er Jahren international mit der Etablierung der Synthetischen Theorie der Evolution nochmals gelang, verglichen werden. Bereits um 1863 wurde die biologische Anthropologie somit zum festen Bestandteil der ersten darwinschen Revolution, wurde hier doch Fachwissen aus den naturwissenschaftlichen Teilgebieten wie der vergleichenden Anatomie, Morphologie, Paläo-Anthropologie, Primatenkunde, Geologie, Paläontologie, Botanik, Zoologie, Embryologie usw. sinnvoll miteinander vereint und folgte man in der Interpretation der Befunde weitgehend den Aussagen von Darwin (Variabilität, Selektion usw.). Jahrzehnte später (während der zweiten darwinschen Revolution) kam dann schließlich nur noch die Genetik (Simunek et al. 2010, 2011) mit ihren Aussagen in der Argumentation hinzu (Reif et al. 2000; Junker & Hoßfeld 2009). Die obige Auswahl einiger der wesentlichen europäischen Autoren, die sich um 1863 mit dem Abstammungsproblem des Menschen im Rahmen allgemeiner evolutionstheoretischer Vorstellungen befassten, zeigt, bei aller grundsätzlichen Anerkennung der evolutiven Entwicklung des Menschen aus nichtmenschlichen Vorfahren, dennoch im Detail auch Verschiedenheiten auf.

So kann zunächst für den *deutschsprachigen Raum* konstatiert werden, dass bereits unmittelbar nach dem Göttinger-Anthropologentreffen 1861 – wie in keinem anderen Land – sich eine Mehrheit von Gelehrten diesem Thema zuwendete. Die wissenschaftliche (darwinistische) Argumentation wurde dabei besonders von Jenaer Wissenschaftlern (Haeckel, Schleicher, Schleiden, Snell und dazu noch Rolle) bestimmt, für eine publizistische und mehr populäre Verbreitung sorgten hingegen C. Vogt und L. Büchner. Ein Einfluss früher vorgetragener wissenschaftlicher Ansätze (von Baer, Blumenbach, Kant usw.) wird ebenfalls an dieser Stelle deutlich, aber diese liefen noch unter der Bezeichnung Naturgeschichte des Menschen und wurden eben von den Vertretern anderer Fächer erarbeitet. Eine Vernetzung der humanphylogenetischen Aussagen mit der Politik, Ideologie und Weltanschauung scheint noch nicht in dem Maße aufzutreten, wie es 50 Jahre später der Fall sein sollte. In *England* hingegen verlief die inhaltliche Auseinandersetzung mit diesem Thema – obwohl eigentliche Anlässe wie bspw. die Göttinger-Tagung und die Vorarbeiten von von Baer u. a. fehlten – ähnlich, zumal sich auch hier um 1863 eine ganze Anzahl von Gelehrten diesem Thema zuwendete. Thomas Henry Huxley ragt dabei als Persönlichkeit in der Geschichte der biologischen Anthropologie mit seinem Werk *Evidence as to Man's Place in Nature* besonders heraus. Etwas differenzierter muss hingegen die Entwicklung in Italien und Frankreich gesehen werden, die im Gegensatz zu England – aber ähnlich wie in Deutschland – auf längere Traditionen in der Auseinandersetzung mit anthropologischen Fragestellungen verweisen kann. In *Italien* etablierten sich schon früh verschiedene anthropologische Zentren, so in Florenz, Rom, später in Neapel, Padua, Bologna usw. Als eine Besonderheit in der Entwicklung ist die zeitweise Existenz eines eigenen Lehrstuhles für Kriminalanthropologie des Zoologen und Anthropologen Cesare Lombroso in Turin (1905/09) zu erwähnen, wo dieser versuchte, Elemente der vergleichenden Anatomie, Phrenologie und Abstammung des Menschen zu vereinen. Ein Einfluss dieser Theorie auf die Entwicklung der Psychiatrie (u. a. in Deutschland) ist für die Folgezeit erkennbar. Eine weitere Besonderheit der italienischen Entwicklung war die Verbindung der medizinisch-anthropologischen Erfahrungsebenen mit den Denkmodellen des Darwinismus und Positivismus. Diese Entwicklung war entsprechend auch für

die Anthropologie nicht ohne Konsequenzen. So folgte, im selben Jahr als die Darwin Übersetzung in Italien erschien, auch hier der erste öffentliche Vortrag über Evolutionismus/biologische Anthropologie von Filippo de Filippi, äußerte sich zwei Jahre später Giovanni Canestrini ausführlich über die Abstammung des Menschen etc. Auch das Interesse zahlreicher italienischer Positivisten (Angiulli, Ardigo, Morselli) hinsichtlich einer Verbindung zwischen psychologischer/pädagogischer und anthropologischer Forschung ist an dieser Stelle hervorzuheben. In ihren Arbeiten überwiegen aber mehr die vergleichend zusammenfassenden Darstellungen als originäre Forschungen zu diesem Themenkomplex. Auch in *Frankreich* muss die Genese des Faches differenzierter gesehen werden. So gab es auch hier vor Darwin bereits zahlreiche Überlegungen für eine Verbindung von Abstammungsgeschichte mit anthropologischem Wissen (Voltaire, Rousseau, Lamarck, Cuvier), die aber weitgehend ohne Einfluß auf das Fach blieben. Erst 200 Jahre später sollte dann die Institutionalisierung des Faches auf zwei Wegen erfolgen: a) durch den unmittelbaren Unterricht am Musée d'Histoire Naturelle und b) durch die Aktivitäten von Paul Broca. Der Darwinismus hatte hierbei eine eher untergeordnete Rolle gespielt, eine Besonderheit in der Entwicklung gegenüber den anderen Ländern. Auch die frühe politisch-ideologische Instrumentalisierung anthropologischer Themen wie durch französische (Gobineau, Lapouge) oder italienische Gelehrte (Lombroso) war so in den beiden anderen Ländern nicht erfolgt.

9.4 Sozialdarwinismus, Eugenik, Rassenhygiene und Rassenkunde

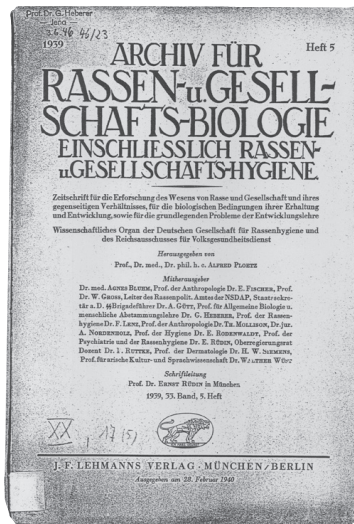
Hinsichtlich einer Verbindung von Anthropologie und Gesellschaft (Politik) hatte der Biologe Ludwig Woltmann im Jahre 1905 bereits bemerkt und gleichzeitig zu bedenken gegeben:

„Bekanntlich gibt es eine Menge Anthropologen und Politiker, die von einer Verbindung der Anthropologie mit der Politik nichts wissen wollen. Gewiß sollen rein anthropologische Fragen nicht mit fremden Tendenzen vermischt werden, auch ist die Anthropologie nicht dazu da, bestimmten tagespolitischen Vorurteilen und Bestrebungen ein wissenschaftliches Gewand umzuhängen. Aber insofern der Staatsmann und Gesetzgeber überhaupt etwas aus der Geschichte des Menschengeschlechts lernen will, muss er dazu auch die Anthropologie und die anthropologische Geschichts- und Gesellschaftstheorie zu Rate ziehen; denn sie sind allein imstande, über Blüte und Verfall der Nationen Aufklärung zu geben“ (Woltmann 1906).

Mit der Titelüberschrift „*Sozialdarwinismus, Eugenik, Rassenhygiene und Rassenkunde*“ sind nun auch die zentralen Stichworte gegeben, in denen die oben von Woltmann geäußerten Bedenken um 1900 teilweise breiten Niederschlag (eben auch in der Gesundheitspolitik) finden sollten (Mann 1969). Auf die Problematik der unsachgemäßen Verwendung von Ergebnissen der Vererbungs-forschung weist Schulz (2004, S. 547) unter Verweis auf Goldschmidt hin. Damit wird aber zugleich ein thematisch so weites Feld betreten, dass es notwendig wäre, jede dieser Disziplinen gesondert zu betrachten, zumal diese Bereiche auch für eine Art „*Abgleiten*“ der biologischen Anthropologie in ein Fahrwasser stehen, indem politische und ideologische gegenüber wissenschaftlichen Prämissen die Oberhand gewannen. Schließlich sollte es auch mit einer Ausbreitung des nordischen Gedankengutes auf organisatorischer bzw. gesellschaftlicher Basis rasant vorangehen: 1907 wird auf Initiative von Alfred Ploetz der „*Ring Norden*“, 1910 der „*Geheime Nordische Ring*“ (Nordische Ring, 1926)⁴ sowie 1925 die „*Nordische Bewegung*“ gegründet; 1911 folgten Willibald Hentschel mit dem „*Mittgart-Bund*“ sowie Lanz von Liebenfels mit der „*Ostara-Gesellschaft*“.

⁴ So heißt es in einem Faltblatt des Ringes: „[...] ist eine im Jahre 1926 gegründete Vereinigung, deren Arbeit durch die Tatsache bestimmt wird, dass der noch heute im deutschen Volke wie in den verwandten Völkern germanischer Sprache stärker vertretenen Menschenrasse, der Nordische Rasse, eine besondere Bedeutung zukommt [...]“ (SUA Praha, Bestand Amt des Reichsprotectors (RuSHA Stengel von Rutkowski), Karton 58 (II. Nachträge).

Abb. 4: Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie, München/Berlin 1939/40, Titelseite Dunn/Dobzhansky, Stuttgart



Ferner gerieten bevölkerungspolitische Überlegungen mehr und mehr in sozialdarwinistische Perspektive, und es war die Rede von der Zurückdrängung der Minderwertigen, der Auslese der Tüchtigsten usw. Dieser „sozialdarwinistische Biologisierungsschub“ (Kaiser et al. 1992) in der Bevölkerungstheorie und Gesundheitspolitik führte zu einem tiefgreifenden Paradigmenwechsel, stießen doch nun zunehmend Stichworte wie „Rassenhygiene“, „Eugenik“, Selektion usw. auf breitere Resonanz in der Bevölkerung (Kaspari 1989; Sandmann 1990). Gesellschaftspolitische und soziale Probleme des Staates wurden so als biologische Krise der Gesellschaft umgedeutet. Die sozialdarwinistische Bewegung fand deshalb innerhalb kurzer Zeit in weiten Kreisen der deutschen Bevölkerung Gehör und erhielt dann auch noch durch die neuen Forschungsergebnisse der Vererbungsforscher den notwendigen wissenschaftlichen Unterbau:

„Nach sozialdarwinistischer Ansicht [...] teilten sich die generativen Technologien in Maßnahmen positiver und negativer Eugenik bzw. Rassenhygiene. An vorderster Stelle im Katalog der negativen eugenischen Maßnahmen rangierte die Unfruchtbarmachung von Personen mit ‚minderwertigem‘ Erbgut“ (Kaiser et al. 1992, XV).

In den Jahren nach dem Ersten Weltkrieg sollten dann Eugenik, Rassenhygiene und Rassenkunde unter dem angeblichen Eindruck der weiteren Schwächung des deutschen Volkskörpers (der deutschen Erbsubstanz) einen nachhaltigen konjunkturellen Aufschwung erfahren. So kam es innerhalb des spezifischen Forschungsverbundes von Rassenhygiene und Rassenanthropologie in Deutschland zu einer Präzisierung von Rassenkategorisierungen, zur weiteren Erforschung der Folgen der Rassenmischung für das Degenerationsproblem, sah man Leitbilder in den lebensreformerischen Vorstellungen, lehnte man weitgehend Rauschmittel ab (August Forel, Karl Astel usw.), bezog man verstärkt die Blutgruppenforschung mit ein usw. (Forel 1905; Baur 1932; Zimmermann et al. 2001). Von diesen wissenschaftlichen Spezifika der 1920er und frühen 1930er Jahre profitierten letztlich auch die rassenkundlichen „Wissenschaftsprogramme“ der Nationalsozialisten. Mühlmann hat ferner herausgearbeitet, dass die Bedeutung von Herbert Spencer (1820-1903) nicht nur auf dem Gebiet der ethnographischen Soziologie lag, sondern vielmehr das gesamte Gebiet der Anthropologie betraf und damit alle Zweige der Sozialwissenschaften bis heute aufs stärkste beeinflusste (Mühlmann 1968, 107 ff.). Demzufolge lässt sich

die Anthropologie in der Nachfolge Spencers in zwei Richtungen gliedern, wobei Übergänge zwischen beiden sichtbar werden: a) die sozialdarwinische Richtung und b) die deterministische Soziologie (ebd., 110). Über die USA und England (insbesondere durch Francis Galton) gelangte der Sozialdarwinismus dann auch nach Frankreich und Deutschland. In Frankreich finden sich frühe Elemente in Vacher de Lapouges Werk (*Les sélections sociales*, 1896), ebenso in Gobineaus Lehre von der Überlegenheit der weißen Rasse (*L'Aryen, son rôle social*, 1899). In Deutschland baute Houston St. Chamberlain seine Rassentheorie weiter aus, bildeten sich verschiedene sozialanthropologische Schulen im Umfeld von Otto Ammon (1842-1915), Wilhelm Schallmayer (1857-1919) oder Alfred Ploetz (1860-1940), die Binnenwanderungen, den Einfluss von Kriegen auf die menschliche Entwicklung etc. untersuchten (Conrad-Martius 1955). Als weiterer Vertreter einer sozialanthropologischen Schule kann der Italiener Alfredo Niceforo (1876-1960) angesehen werden.⁵

Für die Umsetzung derartiger Gedanken um 1900 stehen dann bspw. die Gründung des „*Archivs für Rassen- und Gesellschafts-Biologie*“ im Jahre 1904 durch den Haeckel-Nachfolger Ludwig Plate (1862-1937), gemeinsam mit Alfred Ploetz (Berlin) und dem Juristen Anastasius Nordenholz (Jena)⁶, das zu einem zentralen Sprachrohr sozialdarwinistischer und rassenhygienischer Forschungen/Meinungsbildung werden sollte. In der ersten Nummer des „*Archivs für Rassen- und Gesellschafts-Biologie einschliesslich Rassen- und Gesellschafts-Hygiene*“, mit dem Untertitel „*Zeitschrift für die Erforschung des Wesens von Rasse und Gesellschaft und ihres gegenseitigen Verhältnisses, für die biologischen Bedingungen ihrer Erhaltung und Entwicklung, sowie für die grundlegenden Probleme der Entwicklungslehre*“ wurde als Ziel formuliert:

„Das Wachsen biologischer Einsicht in den letzten Jahrzehnten hat dazu Veranlassung gegeben, auch die Grundlagen der menschlichen Gruppierungen, seien sie rassenhafter oder gesellschaftlicher Natur, einer biologischen Betrachtung zu unterziehen [...] Aber nicht nur um Sammlung handelt es sich, sondern auch um gegenseitige Anregung“ (Vorwort 1904, III).

Zur beidseitigen Orientierung und den Begriffsbestimmungen in der Zeitschrift, die bereits eine umfassendere Herangehensweise sowie größere Professionalität erkennen ließ, bemerkten die Herausgeber weiter:

„**Rassenbiologie** ist die Lehre vom Leben und von den inneren und äußeren Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Rasse und, da man die **Rassenhygiene** mit einbeziehen muss, auch die Lehre von den optimalen Erhaltungs- und Entwicklungsbedingungen der Rasse [...] Zur **Rassenhygiene** gehören zunächst alle Versuche, ihr Ziel wissenschaftlich festzustellen, sodann aber die Herstellung aller von diesem Ziel ausgehenden Kausalketten bis zu beherrschbaren materiellen und psychologischen Faktoren unserer Gegenwart, mögen sie die Einzelnen, die Familie (Fortpflanzungshygiene), Gesellschaften oder Staaten betreffen, mit allen ihren Ausstrahlungen auf Moral, Recht und Politik [...] Die **Gesellschaftslehre** entnimmt der Biologie deren Grundtatsachen und Gesetze, um dafür zum Vorstellungskreis der letzteren ihre eigenen Ergebnisse über die Voraussetzungen, Gesetzmäßigkeiten und Formen der Assoziation unter den Lebewesen, vor allem aber den höchst organisierten Lebewesen, den Menschen, hinzuzutun [...] Wir verwahren uns dagegen, das Archiv von vornherein für eine bestimmte wissenschaftliche, sozial- oder rassenpolitische Richtung festzulegen. Alle Richtungen sind willkommen [...]“ (ebd., IV-VI, Hervorhebungen im Orig.).

Das inhaltliche Feld, das das Archiv erschließen wollte, war enorm. Es umfasste solche Teilbereiche, die im Vorwort (s. o.) in Fettdruck hervorgehoben waren, wie Abstammungslehre und die

⁵ „Das Hauptverdienst der sozialanthropologischen Schule besteht überhaupt darin, eine unbefangene Forschung nach den Beziehungen zwischen sozialer Mobilität und Fluktuation (Wanderungen, sozialer Auf- und Abstieg) zu den sozialen Kräften ins Rollen gebracht zu haben“ (Mühlmann 1968, 115).

⁶ Später dann u. a. mit Richard Thurnwald (Berlin) und Ernst Rüdin (München) herausgegeben.

mit ihr zusammenhängenden Fragen („sollen gebührende Berücksichtigung erfahren“); Verwertung der biologisch-evolutionistischen Erkenntnisse für die praktischen Bedürfnisse von Gesellschaft und Staat; Sozial- und Nationalökonomie, Rechts-, Staats- und Verwaltungswissenschaft, die allgemeine politische und die Kulturgeschichte; Moral-Philosophie usw. Als Autoren wirkten fast durchweg medizinisch und naturwissenschaftlich Gebildete verschiedenster Fachrichtungen.

Ein anderes, belegkräftiges Indiz für die eingangs des Kapitels aufgezeigte kulturpessimistische Dramatisierung der Lage des deutschen Volkes – auch hinsichtlich der Suche nach generativen Technologien der „*Artverbesserung*“ – stellt ein Preisausschreiben von 1900 dar. Für eine Verbreitung der sozialdarwinistischen Ideen in Deutschland spielte das von Friedrich Alfred Krupp mit 30.000 Mark finanzierte und auf den 1. Januar 1900 datierte Preisausschreiben mit dem Thema „*Was lernen wir aus den Prinzipien der Deszendenztheorie in Beziehung auf die innerpolitische Entwicklung und Gesetzgebung der Staaten?*“ eine zentrale Rolle (Conrad-Martius 1955; Thomann & Kümmel 1995). E. Haeckel, J. Conrad (Halle) und Eberhard Fraas (Stuttgart) übernahmen dabei die Aufgabe, „*die Ausführung der hochherzigen Stiftung zu leiten.*“⁷ Später wurde dann noch der Jenaer Zoologe Heinrich Ernst Ziegler (hier ab 1898 Ritter-Professor) – obwohl schon früher in die Angelegenheit eingeweiht – offiziell mit hinzugezogen, vorwiegend um den Schriftverkehr und die späteren Drucklegungen beim Gustav Fischer Verlag etc. zu koordinieren. Außer der Preisarbeit *Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker. Eine staatswissenschaftliche Studie auf Grund der neueren Biologie* (Bd. III) von Wilhelm Schallmayer erschienen zwischen 1903 und 1907 noch folgende Bände bei Gustav Fischer in Jena: Philosophie der Anpassung mit besonderer Berücksichtigung des Rechtes und des Staates (Heinrich Matzat) – Bd. I; Darwinismus und Sozialwissenschaft (Arthur Ruppin) – Bd. II; Natur und Gesellschaft. Eine kritische Untersuchung der Bedeutung der Deszendenztheorie für das soziale Leben (Albert Hesse) – Bd. IV; Prinzipien der natürlichen und sozialen Entwicklungsgeschichte des Menschen. Anthropologisch-ethnologische Studien (Curt Michaelis) – Bd. V; Soziologie (A. Eleutheropulos) – Bd. VI; Der Wettkampf der Völker mit besonderer Bezugnahme auf Deutschland und die Vereinigten Staaten von Nordamerika (Emil Schalk) – Bd. VII; Organismen und Staaten. Eine Untersuchung über die biologischen Grundlagen des Gesellschaftslebens und Kulturlebens (Alfred Methner) – Bd. VIII; Die ererbten Anlagen und die Bemessung ihres Wertes für das politische Leben (Walter Haecker) – Bd. IX; Die Vererbungslehre in der Biologie und in der Soziologie (Heinrich Ernst Ziegler) – Bd. X.

Das Preisausschreiben trug in großem Maße zu einer Politisierung verschiedener Themata der biologischen Anthropologie bei und wurde zu einem Zeitpunkt ausgelobt, als die Bereitschaft in weiten Teilen der deutschen Bevölkerung vorhanden war, sich mit biologistischen Theorien näher zu beschäftigen (Lebensreform-Bewegung etc.). Die Erfolge der Naturwissenschaften um 1900 waren dabei oftmals so enorm, dass eine Übertragung dieser Inhalte auf die Gesellschaft nur eine logische Konsequenz dieser neuen Denkart darstellen konnte. Obwohl die Jenaer Biologen Haeckel und Ziegler (in Absprache mit Krupp) bei der Abfassung des Ausschreibungstextes zunächst nicht in diesen Kategorien dachten, riefen sie aber letztlich mit ihrem „*offenem*“ Preisausschreiben alle Anhänger rassistischer Theorien auf den Plan. Diese erhielten damit ein Podium, das den Sozialdarwinismus und Fächer wie Rassenhygiene, Rassenbiologie und Rassenkunde wissenschaftlich legitimierte. So verwundert nicht, dass alle gedruckten Arbeiten eine sozialdarwinistische und rassenhygienische Argumentationsbasis erkennen lassen:

⁷ Vgl. Faltblatt zum Preisausschreiben, Nachlass E. Haeckel, Archiv des Ernst-Haeckel-Hauses Jena.

„Mit Hilfe des Preisausschreibens gewann der Sozialdarwinismus eine Legitimationsideologie, die auf biologischen Veratzstücken beruhte. Je nach Bedarf konnten ihr Elemente für den innen- oder außenpolitischen Gebrauch entnommen werden. Das Preisausschreiben wurde damit, rückblickend betrachtet, ein Markstein auf dem Weg zum Nationalsozialismus“ (Thomann & Kümmel 1995, 351).

Auch Haeckel hat als einer der Hauptinitiatoren wissentlich diese Lesart des Preisausschreibens toleriert und unterstützt (Hoßfeld 2010). In der Endkonsequenz wurde das Preisausschreiben seinem eigentlichen Anliegen (Krupps Tenor) aber nicht gerecht.

In den Jahren nach der Katastrophe des Ersten Weltkrieges wurde die Eugenik schließlich weltweit als Mittel zur „*Regeneration*“ angesehen. Entsprechende Hoffnungen auf eine „*Gesundung*“ wurden in biologische Maßnahmen gesetzt. Man sprach über die Notwendigkeit einer „*eugenischen Reform*“, in der dem interventionistischen Staat eine wichtige Rolle zufallen sollte (Weß 1989). Die Abkehr von einer voluntaristischen Version der Eugenik zu staatlichen Eingriffen erfuhr in Deutschland unter dem Eindruck der angeblichen weiteren Schwächung des deutschen „*Volkskörpers*“ (der deutschen Erbsubstanz) auch die Rassenhygiene einen nachhaltigen konjunkturellen Aufschwung. Im angeblichen Verfall der Sitten und der politischen Stabilität sahen weite Teile der Öffentlichkeit Parallelen zum Verfall der „*Rasse*“. Es wurden Sterilisierungsmaßnahmen sowie Einwanderungsbestimmungen (in den 1920er besonders in den Vereinigten Staaten) diskutiert und in manchen Ländern sogar erlassen (Selden 1999). Aber auch die heute selbstverständlichen Maßnahmen zum Schutz vor mutagenen Strahlen und Substanzen oder finanzielle bzw. städtebauliche Programme wurden initiiert, die es Familien der Mittelschicht erleichtern sollten, Kinder zu haben usw. All dies gehörte in den Kontext der „*eugenischen*“ Reform der Zwischenkriegszeit. Innerhalb des spezifischen Forschungsverbundes von Rassenhygiene, -kunde und Rassenanthropologie kam es dann zur Präzisierung von „*Rassenkategorisierungen*“ sowie zur weiteren Erforschung der Folgen der „*Rassenmischung*“, die besonders durch die sog. Rehobother Bastardstudien von E. Fischer die Diskussionen in Deutschland (sog. Rheinlandbastarde) dynamisierten (Hoßfeld 2005). Für den psychiatrischen Bereich kamen zu dieser Zeit wichtige Impulse von Rüdins Vererbungstudien über Schizophrenie (*Dementia praecox*). Die Bestrebungen nach einem „*Züchtungsstaat*“ trafen aber zugleich auch auf scharfe Kritik, die vieles vom Werdenden vorhersah und auch heute noch in aktuellen Diskussionen teilweise Bestand hat (Hertwig 1918).

9.5 „Rasse-Sonderfall“ Drittes Reich

Ein Sonderfall und weltweit einzig war schließlich die Verbindung von Eugenik bzw. Rassenhygiene und politischen Rassismus – speziell in seiner antisemitischen Variante – in der NS-Zeit (Hoßfeld & Simunek 2008; Simunek & Hoßfeld 2011). Seit Mitte der 1920er Jahre hatten sich – neben dem Sozialdarwinismus – ebenso die Rassenkunde sowie die Rassenhygiene als geeignete Felder für eine nationalsozialistische Propagierung von Rassenideen erwiesen und weitgehend in der deutschen Wissenschaftslandschaft etabliert, wobei die Universitäten in Jena und Prag herausragen.



Abb. 5: Broschüre zur Reichs-Grsundheitswoche 1926

Ort	Institut, Zeitraum, Fachvertreter
München	Institut für Erbbiologie und Rassenhygiene der Universität, Fritz Lenz 1923-1933, Lothar Tiralá 1933-1936, Ernst Rüdín 1936-1945; ab 1919 Kaiser-Wilhelm-Institut für Genealogie und Demographie (Ernst Rüdín)
Hamburg	Rassenbiologisches Institut der Universität, Walter Scheidt 1926-1965; Abteilung für Erb- und Zwillingsforschung an der II. Medizinischen Universitätsklinik, Wilhelm Weitz 1934-1945
Leipzig	Institut für Rassen- und Völkerkunde der Universität, Otto Reche 1927-1945
Jena	<i>o. Prof. und Seminar für Sozialanthropologie, Hans F. K. Günther 1930-1935/36; ab 1936-1955/1960 Bernhard Struck - o. Prof. und Seminar/Anstalt/Institut für Anthropologie und Völkerkunde</i>
Berlin	Institut für Rassenhygiene der Universität, Fritz Lenz 1933-1945; Institut für Rassenbiologie der Universität, Wolfgang Abel 1942-1945; Anstalt für Rassenkunde, Völkerbiologie und ländliche Soziologie, Hans F. K. Günther, 1935-1940; Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik, Eugen Fischer 1927-1942, Otmar Freiherr von Verschuer 1942-1945
Greifswald	Institut für menschliche Erblehre und Eugenik, Günther Just 1933-1942, Fritz Steiniger 1942-1945
Gießen	Institut für Erb- und Rassenpflege, Heinrich W. Kranz 1934-1942, Hermann Boehm 1943-1945
Düsseldorf	Extraordinariat für Erbgesundheits- und Rassenpflege, Friedrich E. Haag 1934-1940
Jena	<i>o. Prof. und Institut für „Menschliche Züchtungslehre und Vererbungslehre“ (1934/35-1935), später dann für „Menschliche Erbforschung und Rassenpolitik“, Karl Astel (bis 1945)</i>
Königsberg	Rassenbiologisches Institut, Lothar Löffler 1934-1943, Bernhard Duis 1943-1945
Tübingen	Rassenkundliches Institut 1934-1938, Rassenbiologisches Institut 1938-1945, Wilhelm Gieseler 1934-1945
Frankfurt	Institut für Erbbiologie und Rassenhygiene der Universität, Otmar Freiherr von Verschuer 1935-1942, Heinrich W. Kranz 1943-1945; Institut zur Erforschung der Judenfrage ab 1941 unter Wilhelm Grau
Jena	<i>o. Prof. für Phylogenetik, Vererbungslehre und Geschichte der Zoologie; Ernst-Haeckel-Haus (Institut), Victor Franz 1936-1945</i>
Würzburg	Rassenbiologisches Institut der Universität, Ludwig Schmidt-Kehl 1937-1941, Friedrich Keiter 1941-1942, Günther Just 1942-1945 (1948)
Jena	<i>Institut und Lehrauftrag für „Allgemeine Biologie und Anthropogenie“, Gerhard Heberer 1938-1945</i>
Köln	Institut für Erbbiologie und Rassenhygiene, Ferdinand Claussen 1939-1945 (Assistenz Wolfgang Bauermeister)
Innsbruck	Erb- und Rassenbiologisches Institut der Universität, Friedrich Stumpfl 1939-1945
Prag	<i>Institut für Erb- und Rassenhygiene an der Medizinischen Fakultät der Karls-Universität, Karl Thums 1940-1945; Institut für Sozialanthropologie und Volksbiologie an der Philosophischen Fakultät, Karl Valentin Müller 1942-1945; Institut für Rassenbiologie an der Naturwissenschaftlichen Fakultät, Bruno Kurt Schultz 1942-1945</i>
Freiburg i. Br.	Anstalt für Rassenkunde, Völkerbiologie und ländliche Soziologie, Hans F.K. Günther 1940-1945
Straßburg	Institut für Rassenbiologie der Reichsuniversität, Wolfgang Lehmann 1942-1945
Danzig	Institut für Erb- und Rassenforschung der Medizinischen Akademie, Erich Grossmann 1942-1945
Wien	Rassenbiologisches Institut der Universität, Lothar Loeffler 1942-1945
Rostock	Institut für Erbbiologie und Rassenhygiene, Hans Grebe 1944-1945

Die Übersicht belegt, dass dabei das neue Regime von vielen Rassenhygienikern etc. unterstützt und befürwortet wurde. Der später umstrittene Anthropologe, der Berliner Ordinarius für Rassenhygiene und Doktorvater des berüchtigten Josef Mengele, Otmar Freiherr von Verschuer, bemerkte 1944 zum zehnjährigen Jubiläum des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP:

„Die Rassenpolitik gilt mit Recht als Kernstück des Nationalsozialismus [...] Der Nationalsozialismus dagegen hat den Menschen selbst mit den in ihm enthaltenen rassischen und erblichen Anlagen und die dem einzelnen Menschen übergeordnete Gesamterscheinungsform von Volk und Rasse in den Mittelpunkt seiner Politik gerückt [...] Die Vorschläge einzelner Wissenschaftler, Programme wissenschaftlicher Gesellschaften wären aber niemals zur Durchführung gekommen, wenn nicht der Nationalsozialismus die Rassenpolitik als Panier erhoben hätte“ (von Verschuer 1944).

An dieser Stelle ist aber ausdrücklich zu betonen, dass es einen zentralen, homogenen Rasse-Begriff im Dritten Reich nie gab. Während der Rassenpopularisator Hans F. K. Günther bspw. einen statischen Rasse-Begriff⁸ bevorzugte, wählten andere den sog. dynamischen Rasse-Begriff.⁹ Verschiedene Autoren sahen ferner den nachhaltigen Einfluss, den die Rassentheorien in der deutschen Rassenkunde und Rassenhygiene haben sollten und der ihre wissenschafts-politische Funktion für das Dritte Reich legitimierte, in dem Umstand begründet, dass zwischen der sich etablierenden (physischen) Anthropologie und den populären Rassentheorien „keine ausreichenden Differenzen bestanden, die es vor allem der Wissenschaft erlaubt hätten, sich von den politischen Bewegungen erfolgreich abzugrenzen“ (Weingart et al. 1992, 99-100).

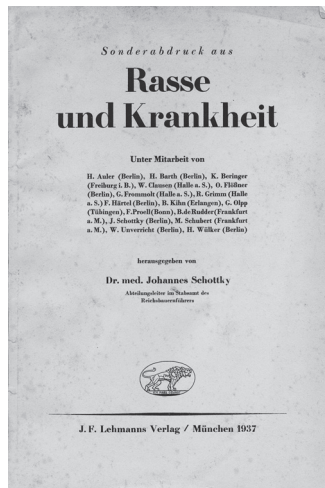
So wurden zwar einerseits rassentheoretisch, biologistisch und sozialdarwinistisch beeinflusste Wissens Elemente in die nationalsozialistische Ideologie übernommen, um den instrumentellen politischen Stellenwert zu dokumentieren. Andererseits wurde aber gerade durch diese Einfügung der aus dem rassenkundlichen Wissenskanon sich ergebenden praktischen Maßnahmen auch ein neues Betätigungsfeld („*Eignungsprüfung*“, „*Eindeutschung*“ usw.) geschaffen, wo man nun den Schritt der direkten Umsetzung der ideologischen Gesichtspunkte in konkrete wissenschaftliche Ergebnisse vollziehen konnte (ebd.; Mann 1978; Hoßfeld 1999).

Die Forschung wurde nun eng mit den zwei Doktrinen der „*Rassen-*“ und „*Erbgesundheitspflege*“ verknüpft und somit Bestandteil der neuen Infrastruktur des NS-Staates. Am 14. Juli 1933 (RGBl I, S. 529) wurde dann das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, das zum 1. Januar 1934 in Kraft trat, verkündet und damit der Weg zu den Ausgrenzungsstrategien durch exzessive Unfruchtbarkeitsmachungen bereitet (u.a. Schulz 1999). Der ideologisch bevorzugte Aufschwung an rassenkundlichen und vererbungswissenschaftlichen Fragestellungen spiegelte sich auch in den Bereichen der Human- und Biowissenschaften (Universitäten, Kaiser-Wilhelm-Instituten usw.) wider: Rassenkunde wurde dabei als eine physisch-anthropologische, die Rassenhygiene als eine medizinische Wissenschaft mit zumeist klinischer Orientierung verstanden. Die Rassenbiologie entstand aus der Verknüpfung der Erblehre mit der Anthropologie, menschliche Erblehre und Erbbiologie entsprechen in etwa unserem heutigen Begriff Humangenetik (s.o., Übersicht; Hoßfeld 2012 a).

⁸ Es war ein völkisch-abstammungsgeschichtliches Modell, das auf den phänotypisch-morphologischen Studien basierte und die Bedeutung der „*Rassenseele*“ hervorhob.

⁹ Es war ein konstruierter Arbeitsbegriff, der die geographisch-soziale-religiöse Rassen als Mischungs- und Veränderungsprozess gesehen hat. Deutlich war der Einfluss der Deszendenztheorie (Hoßfeld 1999, 47-103).

Abb. 6: Sonderabdruck aus Rasse und Krankheit, München 1937.



Aus den Jahren 1934¹⁰ und 1937¹¹ liegen Zahlen vor, um an dieser Stelle ein Beispiel anzuführen, die diese Umsetzung in Thüringen/an der Universität in Jena dokumentieren: Bereits Ende des Jahres 1934 meldete der damalige Jenaer Ordinarius für „Menschliche Erbforschung und Rassenpolitik“ Karl Astel erste konkrete Ergebnisse der „Einflußnahme auf [die] erbliche Beschaffenheit der Thüringer Bevölkerung“ [damals 1,67 Mill. Einwohner] (Hoßfeld et al. 2003; Hoßfeld 2005):

- so wurden 133 Rassen-Kurse mit 9080 Kursteilnehmern und 7 rassenhygienische Ärztekurse mit 583 Teilnehmern durchgeführt bzw. 302 Vorträge über nationalsozialistisches Gedankengut gehalten,
- ferner fand die Aufführung des Volkslehrstückes „Erbstrom“¹² von Dr. Konrad Dürre statt, welches in 75 Orten Thüringens in über 140 Vorführungen von 116.110 Besuchern gesehen wurde (Zeitraum: 10. März 1934 bis zum 30. November 1934),
- das Merkblatt „Erbstrom“ verteilte man über eine Million mal und die Wanderausstellung „Thüringisches Rassewesen“¹³ wurde in 21 Städten von 73200 Besuchern gesehen,
- bei den 18 Erbgesundheitsgerichten Thüringens waren bis November 1934 2.633 Sterilisierungsanträge gestellt, wovon in 1.814 Fällen auf Sterilisierung erkannt und davon bereits 957 ausgeführt wurden, bzw. erfolgte die Fortführung der kriminalbiologischen Erfassung der Strafgefangenen Thüringens (von 1.900 wurden 740 in der Kriminalbiologischen Abteilung des Landesamtes erfasst),

¹⁰ Entsprechend den Angaben der Zeitschrift „Volk und Rasse“ 1933-35 bzw. den Archivalien des Berlin Document Center (BDC), des Universitätsarchivs Jena (UAJ) sowie Thüringischen Hauptstaatsarchivs Weimar (ThHStAW).

¹¹ Vgl. die Akten des UAJ, ThHStAW bzw. die „Tätigkeitsberichte“ zu Astels Institut (z. B. „Korrespondenz zur Familienkunde“ 1933; „Der Biologe“ 1934, „Volk und Rasse“ 1935).

¹² Das Theaterstück wurde in den Jahren 1934 und 1935 durch Zuschüsse (3.000,00 RM) des Thür. Innenministeriums (für Werbe- und Propagandakosten) unterstützt (ThHStAW, ThMdl, A 1054; Briefe vom 9. April 1934; 10. April 1935)

¹³ Die Ausstellung wurde während des Gauparteitages 1934 (15.-22. Juni) in Gera gezeigt und „fand eine Auszeichnung in der Besichtigung durch die Herren Reichsstatthalter Sauckel und Reichsleiter Rosenberg. Durch diese Besichtigung wurde die Bedeutung der Ausstellung unterstrichen“ (Astel-Zusammenfassung, ThHStAW, ThMdl, A 1954, Bl. 205). Die Ausstellung wurde dann später auch in Marburg und Kassel gezeigt.

- weiterhin wurden ebenso zahlreiche Einbürgerungsanträge bearbeitet und eine Beratungsstelle für Vererbungs- und Eheberatung eröffnet usw.¹⁴

Für das Jahr 1937 sind hingegen folgende Forschungsprojekte in den Archivalien notiert¹⁵:

- von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) wurde das Projekt „*Erhebung über die Fortpflanzung der etwa 22.000 thüringischen Bauern*“ mit einem Kredit von 3.000 RM unterstützt (Arbeitskreis VII/13 der Reichsgemeinschaft „*Agrarpolitik und Betriebslehre*“; Thema: Die bäuerliche Lebensgemeinschaft, Federführung Dr. B. K. Schultz, Berlin),
- für Erhebungen zur unterschiedlichen Fortpflanzung von Thüringer Handwerksmeistern beantragte man bei der DFG ebenfalls 3.000 RM,
- es kam zu einer Fortsetzung der Untersuchungen zur Erbllichkeit der Mongoloiden Idiotie bzw. zu einer Fortführung der Untersuchungen über die algebraischen Grundlagen der Chromosomentheorie (hyperkomplexes Wahrscheinlichkeitssystem) sowie der bevölkerungspolitischen Vorausberechnung der Verteilung gesunder und kranker Erbanlagen in Generationsfolgen unter Berücksichtigung von Gattenwahl, Sterilisation und sonstiger Auslese bzw. zur Vergabe von Arbeiten über den Erbspielraum (die Variationsbreite) einzelner rassischer Formmerkmale und ihre Vererbung in den Sippschaften bestimmter Ausgangspersonen mit Hilfe der Methode der bebilderten Sippschaftstafel usw.¹⁶

Astel und das (sein) Landesamt für Rassewesen in Weimar entwickelten für ihre wissenschaftliche Arbeit schon frühzeitig eine eigene Methode: die Sippschaftstafel nach Karl Astel (1933). Die Tafel erfasste die Sippschaft des Probanden aus den vier Großeltern und deren sämtlichen Nachkommen, mit Ausnahme der Vettern und Basen. Diese Generationen wurden in der Tafel untereinander dargestellt und die Abstammung durch entsprechende Verbindungslinien gekennzeichnet. Für jede einzelne Person wurden erfasst: Vor- und Zuname; genaue Standes- bzw. Tätigkeitsbezeichnung; aktuelles bzw. erreichtes Lebensalter; Todesursache; Körperbau; Gesundheitsverhältnisse. Astels Primus Lothar Stengel von Rutkowski resümierte dazu:

„Vor allem aber ist die Sippschaftstafel der Schlüssel zur erbbiologischen Bestandsaufnahme unseres Volkes [...] Die Methode der Sippschaftstafel ist so einfach, dass sie jeder deutsche Volksgenosse für sich aufstellen kann“ (Stengel von Rutkowski 1935, 49; Hoßfeld 2004 b).

Astel hatte mit seinen Mitarbeitern, darunter Stengel von Rutkowski, dem Biologen Heinz Brücher und der Statistikerin Erna Weber, ein volles Lehrprogramm zu bewältigen, wobei jährlich das Personal aufgestockt wurde. Das Institut gehörte zur Medizinischen Fakultät, später fanden

¹⁴ Vgl. Astel, K. (1935): 1½ Jahre Thüringisches Rassewesen. Volk und Rasse 10 (1): 25-27. Ende des Jahres 1933 hatte Astel folgende Statistik gemeldet: 14 Rasse-Lehrgänge durchgeführt, dabei wurden 985 Lehrer, Amtswalter und Polizeibeamte in je viermal zwei Vortrags- und Unterrichtsstunden mit den Grundzügen der Vererbungslehre, Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik vertraut gemacht. Es wurden außerdem 375 Ärzte, 51 SS- und 89 SA-Ärzte geschult; Schaffung eines erbbiologischen Archivs (1000 Tafeln bis Ende 1933; Ende 11./1934 waren 321000 Personen im erbbiologischen Archiv erfasst); erfolgte Zuarbeit zur Sauckler-Marschler-Stiftung (ca. 3620 der in Frage kommenden Personen von kinderreichen Familien untersucht), Bearbeitung von bisher 130 Einbürgerungsfällen. Die Sauckler-Marschler-Stiftung hatte das Ziel, bedürftigen, kinderreichen, erbgesunden und arischen Familien mit mindestens 6 Kindern unter 18 Jahren eine Heimstätte mit mindestens 70 qm Wohnfläche und 600 qm Gartenland zu verschaffen (Volk und Rasse 8, 1933).

¹⁵ Vgl. UAJ, Best. C, BA; Astel in einem Brief an die DFG vom 22. Januar 1937.

¹⁶ Ebd., Brief vom 1. Juli 1937 an die DFG i. V. L. Stengel von Rutkowski.

Zur Beachtung!

Nachstehender Vordruck ist gewissenhaft und deutlich auszufüllen. Die fertige Sippschaftstafel ist so zusammenzulegen, daß diese Seite obenaufliegt.

Sippschaftstafel

nach Karl Ustel.

Teil I — Anleitungsmuster

(Teil II ist der Vordruck zum Ausfüllen)

Aufgestellt am: *30. August 1936*

für *Gübner*
Familienname des Probanden

gegebenenfalls bei Frauen, Witwen oder Adoptierten auch Geburts- und frühere Namen

Gallwitz, Allend, Riefow
Vornamen — Rufname unterstreichen —

geboren am *1. Juli 1936*

in *Jauer Spiringen*
Ort — Kreis — Land

Wohnung: *J. J. Vorn (Dr. Jauer) Hauptstraße 38 1/2*
Ort — Straße — Hausnummer — genaue Postanschrift

Diese Tafel wurde aufgestellt von

Dr. Meißner, Jauer, Schulstr. 7 1/2
Unterschrift und genaue Anschrift des Aufstellers

auf Grund von Angaben*) des Probanden, von Verwandten, ~~Lehren, Pfarrern,~~
Aufzeichnungen in Familienbüchern, Kirchenbüchern, Standesämtern, ~~Gerichtsämtern~~
und sonstigen Behörden. *Waldsiedlung, Gumburg*

*) Nicht Zutreffendes ist zu streichen, etwa Fehlendes zu ergänzen.

Nachdruck verboten!

Zu beziehen durch Buchdruckerei Reinh. Schindler, Weimar.

Abb. 7: Sippschaftstafel nach Karl Astel, 1933

aber auch „*interdisziplinäre*“ Lehrveranstaltungen an der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät und Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät in Jena statt. Man findet ein breites Angebot an Lehrthemen entsprechend dem Institutsnamen und Institutsaufgaben im ausgewogenen Verhältnis von Theorie und Praxis. Im Vorlesungsverzeichnis, Kapitel Medizinische Fakultät, stand Astel nach seiner Rektorwahl (ab 1939) immer an erster Stelle. Neben den zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen¹⁷ ist auch eine Reihe von Dissertationen entstanden, in denen sich die oben erwähnten und bearbeiteten Projekte wiederfinden: so z. B. bei H. Schröder: Die Sippschaft der Mongoloiden Idiotie (1936) Preisarbeit der Medizinischen Fakultät der Universität Jena 1935/36, U. Jancke: Die unterschiedliche Fruchtbarkeit in den einzelnen Jenaer Bevölkerungsschichten (1936), H. Krebs: Untersuchungen zur Vererbung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte in 143 Sippschaften (1938, 122 S.) oder W. Schweizer: Über die Vererbung der Stillfähigkeit (1940, 64 S.).¹⁸ An Habilitationen konnte nur eine nachgewiesen werden: Stengel von Rutkowski, „*Was ist ein Volk? Der biologische Volksbegriff, eine kulturbio-logische Untersuchung seiner Definition und seiner Bedeutung für Wissenschaft, Weltanschauung und Politik*“ (1940).¹⁹

9.6 Institutioneller Neubeginn nach 1945 in Deutschland

Die Perspektiven eines Neubeginns der deutschen Anthropologie verliefen nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges auf unterschiedliche Weise, in verschiedenen Bahnen und erwiesen sich oftmals als außerordentlich schwierig, klebte doch an den Händen einiger Gelehrter der Makel und bestand der Vorwurf des wissenschaftlichen Missbrauches (Bruch & Kaderas 2002).²⁰ Für die DDR sollten Jena und Berlin die zentralen Orte humanphylogenetischer Forschung werden (Hoß-

¹⁷ 1) „Erhebungen über Geschlechtsverkehr bei Studenten“ Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie 27 (3): 284-293, 1933 (Astel); 2) Ders.: „Rassekurs in Egendorf“ (1935); 3) „Ernst Haeckels Bluts- und Geistes-Erbe. Eine kulturbio-logische Monographie“ (H. Brücher 1936); 4) „Die unterschiedliche Fortpflanzung. Untersuchung über die Fortpflanzung der 22.000 thüringischen Bauern“ (L. Stengel von Rutkowski 1939); 5) „Die unterschiedliche Fortpflanzung. Untersuchung über die Fortpflanzung von 12.000 Beamten und Angestellten der thüringischen Staatsverwaltung“ (Astel & Weber 1939); 6) „Die unterschiedliche Fortpflanzung. Untersuchung über die Fortpflanzung von 14.000 Handwerksmeistern und selbständigen Handwerkern Mittelthüringens“ (Dies. 1939); Die Kinderzahl der 29.000 politischen Leiter des Gaus Thüringen der NSDAP und die Ursachen der ermittelten Fortpflanzungshäufigkeit. (Dies. 1939).

¹⁸ Weitere Bsp.: Tölle, H.: Die beiden Formen der Osteogenesis imperfecta und ihre Vererbung. Untersucht an einer Sippe mit Zwergwuchs und gehäuften Vorkommen von Knochenbrüchigkeit (1942, 83 S.); Schulze, G. & K. Dischner: Die Zigarettenraucherin (1944); Neumann, V.: Über erbliche, fortschreitende Innenohrschwerhörigkeit in 5 aufeinanderfolgenden Generationen (1944, 80 S.); Wenzel, L.: Über den Einfluß des Nikotins auf Würmer (1944), Schumann, M.: Über den Einfluß des Tabakrauches auf Tiere (1944); Merte, H.-J.: Retinitis pigmentosa in sechs aufeinanderfolgenden Generationen (1945, 65 S.).

¹⁹ Stengel von Rutkowski wurde daraufhin die Lehrbefugnis für das Fach „Rassenhygiene, Kulturbio-logie und rassenhygienische Philosophie“ erteilt. Am 27. Februar 1940 hielt er seine Probevorlesung zum Thema „Die Frage der Willensfreiheit vom Standpunkt der Kulturbio-logie“ (ThHStAW, ThVBM, C 294). Seine Dozentur sollte „eine Brücke zum Verständnis zwischen Erbbio-logie und den Kulturwissenschaften [...] bilden“ (ThHStAW, ThVBM, C 10, Bl. 212).

²⁰ Ein Vorwurf der vor einigen Jahren erst wieder durch den Nobelpreisträger James D. Watson erneuert wurde: „Deutschlands historische Verstrickung in die Eugenik (Genetik zur Verbesserung der Menschheit) war ein moralisches Desaster. Allzu viele seiner führenden Humangenetiker predigten nordische Überlegenheit und hatten willentlich teil an der Eliminierung der Geisteskranken, Juden und Zigeuner [...] die Gelehrten, deren Hände nicht direkt blutig geworden waren und die sagen konnten, dass sie nie mehr als wissenschaftliche Berater waren, besetzten wieder die führenden akademischen Positionen in Genetik, Psychiatrie und Anthropologie. Die Deutschen hatten nie die sittliche Verkommenheit, die im Namen der Genetik begangen worden war, niedergeschlagen. Ein wirkungsvolles Moratorium dieser Fächer für zehn oder zwanzig Jahre nach dem Krieg wäre besser gewesen. Statt dessen befleckte die Fäulnis der Nazi-Genetik das deutsche Universitätssystem bis in die späten sechziger Jahre“ (Watson 1997).

feld 2005; Hoßfeld et al. 2007; Schulz 1996; Schulz 2007; Schulz 2010). Völlig entgegengesetzt verlief hingegen die Entwicklung des Faches in der BRD. Wegen der mehr oder minder starken Involvierung in das nationalsozialistische Regime wurden hier zunächst das Institut in Würzburg sowie das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik in Berlin aufgelöst. Die Institute in Breslau und Königsberg waren seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges auch nicht mehr Bestandteil der deutschen Universitätslandschaft. Um 1950 wurde dann das Leipziger Institut für Anthropologie und Völkerkunde (nachdem dort für einige Zeit Egon von Eickstedt und Ilse Schwidetzky gearbeitet hatten) aufgelöst. Auf Dauer blieben zunächst nur die Institute in Tübingen, Jena und Hamburg (bis zur Emeritierung von W. Scheidt 1965) erhalten. Im Jahre 1950 konnte W. Kramp dann die Anthropologische Abteilung des ehemaligen Institutes für Erbbiologie und Rassenhygiene in Frankfurt am Main zu einem selbständigen Institut aufbauen; ebenso wurde das Anthropologische Institut in Mainz (von Eickstedt, Schwidetzky) neu gegründet. Als erster Anthropologe aus der Zeit des Nationalsozialismus war Fritz Lenz zum planmäßigen außerordentlichen Professor nach Göttingen (16. Oktober 1946) berufen worden. Ihm folgte 1947 dann G. Heberer mit einer anthropologischen Forschungsstelle innerhalb der Zoologie. Die Berufung von Otmar Freiherr von Verschuer zum Sommersemester 1951 an die Universität Münster soll an dieser Stelle als letztes Beispiel angeführt sein.

Insgesamt ergibt eine personelle und institutionelle Analyse der Situation nach 1945, dass die Mehrheit der in der nationalsozialistischen Zeit tätigen und belasteten Anthropologen in der BRD lebte, hier nach positiver Evaluierung wieder eine akademische Position zu finden suchte und oftmals diese auch bekam (von Verschuer, Heberer, Gieseler usw.) und man fast generell vermied, Diskussionen über die Vergangenheit des Faches etc. zu führen.

So verwundert nicht, wenn es zunächst auf wissenschaftlicher Ebene nur in Form von zwei Büchern (*Rasse oder Menschheit? Eine Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Rassenlehre* von G. Blume; *Die Rassenlehre des Nationalsozialismus in Wissenschaft und Propaganda* von K. Saller) eine sehr geringe und fast unbemerkte inhaltliche Auseinandersetzung mit der Rolle des Faches während der Zeit des Nationalsozialismus gegeben hat (Spiegel-Rösing & Schwidetzky 1982; Kröner 1998).²¹ Die erste Schrift *Rasse oder Menschheit?* zu diesem Themenkomplex stammte aus der Feder des Berliner Nervenarztes Gustav Blume und datiert von 1948.²² Dreizehn Jahre später legte dann Karl Saller sein bekanntes Buch vor, in dem er schonungslos die Rolle einiger seiner Kollegen und ihrer Forschungsprogramme im Dritten Reich offen legte.²³

²¹ Spiegel-Rösing und Schwidetzky widmen in ihrer Abhandlung Maus und Schlange diesem Themengegenstand (Anthropologie in Deutschland nach 1945) lediglich eineinhalb Seiten, die Anthropologie in der nationalsozialistischen Zeit wird gar auf nur zweieinhalb Seiten thematisiert.

²² „Die vorliegende Schrift ist aus Arbeiten hervorgegangen, die in den allerersten Monaten der Hitlerherrschaft begonnen und mit mancherlei Unterbrechungen während der zwölf Schreckens- und Wahnsinnsjahre fortgesetzt wurden, anscheinend ohne Aussicht, jemals das Dunkel der tiefsten Schreibtischschublade oder des Luftschutzkoffers zu verlassen [...] Die Tatsache, daß ich durch 'nichterliche Versippung' für mich und meine Familie kennengelernt habe, was es im Dritten Reich hieß, den Anforderungen des Fragebogens nicht genügen zu können, war der persönliche Anlaß zu dieser Schrift“ (Blume 1948, Vorwort).

²³ „Nicht nur um der Vergangenheit und ihrer Bewältigung, sondern gerade um der Zukunft willen scheint mir das Buch jetzt notwendig. Es geht mir besonders auch um unseren akademischen Nachwuchs. Ich bin heute (leider) der einzige Anthropologe auf einem deutschen Universitätslehrstuhl, der während der Herrschaft des Nationalsozialismus in Opposition stand und der aus dieser Opposition auch die Konsequenz zog“ (Saller 1961, 7).

Beide Bücher sind in dieser Form bis heute einzigartig, fokussieren und präsentieren sie doch aus unterschiedlichen Perspektiven, gemeinsamen Schicksalen (Opfer) usw. reichhaltiges Material zur Geschichte der Anthropologie unter nationalsozialistischer Herrschaft. Innerhalb dieser punktuellen Auseinandersetzungen mit dem wissenschaftlichen „*Erbe*“ des Faches im Dritten Reich stellen sie wichtige Meilensteine dar, auch wenn Blume in neueren Abhandlungen zu dieser Thematik – im Gegensatz zu Saller – kaum Erwähnung findet. Massin hat ferner ermittelt, dass seit 1980 dann ungefähr 140 Bücher und Dissertationen über Medizin, Eugenik, Rassenhygiene und Euthanasie im Dritten Reich veröffentlicht wurden, zwischen 1945 und 1979 gab es hingegen nur ca. 20 Bücher zu diesen Themata (Massin 1999; Kaupen-Haas & Saller 1999). Die Auseinandersetzung der Anthropologie mit ihrer Vergangenheit präsentierte sich in jenen Jahren also vielmehr nur als eine strukturelle Selbstfindung des Faches, wobei inhaltliche Diskussionen völlig vermieden wurden. Trotz dieser vielleicht auch wissentlich initiierten Startschwierigkeiten kam es dann aber, wie noch auszuführen sein wird, dennoch auf institutioneller und organisatorisch-gesellschaftlicher Ebene zur Diskussion der Frage: Quo vadis deutsche Anthropologie nach 1945?

International beschritt man hingegen eindeutige Wege. So veröffentlichte die UNESCO in den 1950er Jahren zwei Serien (*The race question and modern science*; *The race question in modern thought*), die sich mit der „*Rassenfrage*“ beschäftigten. Einen Überblick über die wesentlichen Texte gibt der Sammelband *The Race concept: Results of an Inquiry*, indem die Deklaration von 1950 zum Begriff „*Rasse*“ (*Statement on Race*) enthalten ist. Demnach sind alle Menschen gleich und Unterschiede gebe es aufgrund der unterschiedlichen Ethnien. Aus Deutschland war bezeichnenderweise nur ein Wissenschaftler als Berater, der Genetiker Hans Nachtsheim, hinzugezogen worden.

Das Meinungs- und Stimmungsbild der Anthropologen jener Jahre war also von Skepsis und Kritik getragen, zu schwer lastete wohl die Vergangenheit auf den Schultern der Hinterbliebenen (Schwidetzky et al. 1992, 22). Um so mehr verwundert daher, dass die Anthropologen später weitgehend von den Humangenetikern – die ebenfalls zum Teil an inhumanen Forschungsprogrammen der Nationalsozialisten teilgenommen hatten – regelrecht in die Defensive gedrängt wurden und hier eben nur die Selbstanklage der Anthropologen die Diskussionen beherrschte, vgl. z. B. die Organisation und die Inhalte der 8. Tagung der Gesellschaft für Anthropologie und Humangenetik in Köln, wo sich die Themen dann fast ausschließlich mit Biochemie und Genetik befassten.²⁴

Auch in den darauffolgenden Jahren änderte sich an dieser hier kurz beschriebenen Situation wenig.²⁵ Im Jahre 1970, zehn Jahre nach den Empfehlungen des Wissenschaftsrates, stand schließlich wieder die „*Lage der Anthropologie*“ auf einer Sitzung des Wissenschaftlichen Beirates der Gesellschaft für Anthropologie und Humangenetik²⁶ auf der Tagesordnung. Verschiedene Ergebnisse waren im Anschluss an diese Sitzung zu konstatieren: man richtete eine „*Lagekommission*“ aus Dozenten bestehend ein und beauftragte die Anthropologin Ilse Schwidetzky, eine „*Image-Um-*

²⁴ Christian Vogel hob deshalb noch einmal im Jahre 1967 hervor: „Die biologische Anthropologie steht mitten im Spannungsfeld der Diskussionen um Grundlagen, Wert und Bedeutung naturwissenschaftlicher Aussagen. Dabei ist in einer Hinsicht die derzeit vorherrschende Denkweise in den Naturwissenschaften der Anthropologie oder wenigstens weiten Bereichen unseres Faches prinzipiell ungünstig. Die Anthropologie ist nämlich zu eine ganz erheblichen Teile eine historische Naturwissenschaft [...] Es läßt sich nun eine allgemeine Tendenz in den modernen Naturwissenschaften beobachten, den ‚historisch-typologischen‘ Aspekt gegenüber dem ‚kausalanalytischen-ätiologischen‘ Aspekt geringer zu achten“ (Vogel 1967, 1; Kröner 1997).

²⁵ Vgl. auch die Ansprache „Anthropologie und Humangenetik“ von P.E. Becker zur Eröffnung der 12. Tagung der Gesellschaft für Anthropologie und Humangenetik in Göttingen, März 1971, in: *Anthropologischer Anzeiger* 33 (2): 85-91.

frage“ unter den Fachkollegen durchzuführen.²⁷ Ferner wollte man über die bisherige Forschungsförderung hinaus die Lehre weiter ausbauen und breiter gestalten. Dazu initiierte man die Aktion „*Humanbiologie in den Lehrplänen der höheren Schulen und in der Ausbildung der Biologen*“ (Schwidetzky & Walter 1969; Bernhard & Kandler 1974). Auch eine Tagung im Oktober 1970 auf Schloß Reisenburg bei Ulm über „*Inhalt, Lage und Zukunft des Faches Anthropologie*“, die durch die DFG finanziert wurde, kann als Schritt in die richtige Richtung (im Umgang der Anthropologen mit ihrer Vergangenheit) gedeutet werden. Leider bestimmten hier aber wiederum nicht neue Denkstrukturen, sondern Kritik und Klage das Bild der Diskussionen:

„Die Reisenburg-Konferenz stellte für die Anthropologen eine im Vergleich zum universitären Alltag sehr konzentrierte Konfrontation mit den zum Teil beunruhigenden Fragen der Lage des Faches dar. Es ist sicher dies, und auch eine gewisse Ratlosigkeit, was angesichts der Fülle von Vorwürfen, Vorurteilen, Mißliebigkeiten und Unzulänglichkeiten, die man selbst sieht, eigentlich zu tun sei, was auf der Reisenburg-Konferenz zu der Bereitschaft führte, eine systematische Untersuchung über die Lage des Faches zu unternehmen [...]“ (Spiegel-Rösing 1982, 26).

Die seinerzeit geplante Untersuchung wurde Anfang 1973 dann teilweise, 1975 voll von der DFG bewilligt; die Ergebnisse sind in dem von I. Spiegel-Rösing und I. Schwidetzky herausgegebenen Buch *Maus und Schlange* dokumentiert. Später wurden dann noch eine Kommission eingerichtet, die sich speziell mit der Definition von Anthropologie befassen sollte (Jürgens et al. 1974). sowie ein jährlich stattfindendes Anthropologentreffen (außerhalb der zweijährigen Fachtagungen der Gesellschaft für Anthropologie und Humangenetik) initiiert, welches u. a. die Kommunikation untereinander fördern sollte.

9.7 Ausblick

Das 20. Jahrhundert ist die Epoche, in der sich Wissenschaft, Gesellschaft und Politik am weitesten auf die Ideologie des Rassismus eingelassen haben, diese zum Teil neu begründete und an der praktischen Umsetzung ihrer Programme beteiligt war. Dieser Zusammenhang war ein wichtiger Faktor und treibendes Moment der Verwirklichung politisch-ideologischer Visionen. Dabei ging es bspw. um Visionen einer „reinen Rasse“, einer „Rasse ohne Fremdkörper“ oder eines „*erbgesunden Volkes*“. Eine der größten Perversionen bestand in einer Verquickung von „Rasse“ und Kultur – also in der Tendenz, ein Volk bzw. eine Nation nicht nur kulturell, sondern auch genetisch auszugrenzen und für andersartig und eigenartig zu halten (Kevler 1985; Weingart et al. 1992; Weindling 1989; Adams 1990; Glad 2010; Keiter 1938-40).

Was über Jahrhunderte als „*gottgegeben*“ galt, stand dank der breiten Diskussionen um die Abstammung des Menschen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts plötzlich zur Disposition. Die Forschungen von Charles Darwin in England und Ernst Haeckel in Deutschland wurden in der (europäischen) Öffentlichkeit breit diskutiert. Dabei kam es recht schnell zu einer Verkürzung der evolutiven Aussagen und parallel dazu oftmals zu einer politisch aufgeladenen Interpretation

²⁶ Diese Gesellschaft war 1965 in Freiburg gegründet worden. Sie ging hervor aus der 1948 in Weinheim wiedergegründeten Deutschen Gesellschaft für Anthropologie und der 1948 von Ernst Kretschmer gegründeten Gesellschaft für Konstitutionsforschung.

²⁷ Hier wurden 17 Anthropologen und Humangenetikern zwei Fragen vorgelegt: „1. wie sie jeweils selbst die Lage der Anthropologie und die Ursachen für die ‚ungünstige Situation‘ sehen, und 2. welche Vorstellungen Nicht-Anthropologen von der Anthropologie haben – nach Hörensagen und nach Kontakten mit anderen Fachvertretern.“ Die Anthropologen bezeichneten in der Umfrage die Situation ihres Faches nach wie vor als ungünstig und bemängelten insbesondere den Verlust an Lehrstühlen (Spiegel-Rösing 1982, 20).

der Forschungsergebnisse sowie weitgehenden Biologisierung der Gegebenheiten. Besonders im Norden und in der Mitte Europas etablierten sich Interessengruppen, die sich zum Ziel gesetzt hatten, den „*nordischen Menschen*“ (später dann öfters mit dem aus der Sprachwissenschaft kommenden Begriff „*Arier*“ gleichgesetzt) mit als positiv bzw. superior empfundenen körperlichen und geistigen Merkmalen aufzuladen. Dabei erregten diese Gruppen eine recht große mediale Aufmerksamkeit und trugen auf diese Weise ihre Vorstellungen in die Gesellschaft.

„*Rassenkampf, Rassenmischung und Rassenerzeugung*“ – das waren schließlich die drei großen Themen der Rassentheorie im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert gewesen. Schließlich fokussierte man aber auf die „*Rassenerzeugung*“, wo letztlich biologisches und politisches Leben endgültig kurz geschlossen wurden. Biopolitische Diskurse, rassistische Praktiken usw. kehrten nach der globalen politischen Perestroika sogar in Formen wieder (Jugoslawien- und Tschetschenien-Kriege; Uiguren-Konflikt; Nepal-Problematik; Völkermord in Ruanda, Aborigines usw.), die man für endgültig (wie beispielsweise die Apartheid in Südafrika) überwunden gehalten hatte. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts sieht es nun so aus, dass „*Rasse*“ als wissenschaftlicher Begriff weitgehend obsolet geworden ist und im Alltagsgebrauch zumindest in Deutschland geächtet wird, in den USA dagegen wohl noch toleriert ist. Stattdessen wird mehr von Fortpflanzungsgemeinschaften in biologischer Hinsicht, von Ethnien bzw. Kulturen in Geistes- und Sozialwissenschaften geredet. Vor 25 Jahren klangen die Vokabeln noch etwas anders. Aber weder Rasse, noch Klasse, noch Masse wird in Zukunft entscheidend sein, da wir bereits nach Auffassung des französischen Soziologen Michel Maffesoli (*Le temps des tribus*, 1988) in das Zeitalter der Stämme eingetreten sind, der Netzwerke, der kleineren Gruppen, der ephemeren aber intensiven Treffen (Stagl & Reinhard 2005). Die Tatsache, dass wir es zudem mit gesellschaftlichen und ökonomischen Strukturen zu tun haben, in denen die Chancen nach der Geschlechterzugehörigkeit verteilt sind, deutet darauf hin – dass, wenn die Techniken zur Geschlechterkontrolle erst einmal ausgereift sind, männliche Kinder gegenüber weiblichen höher bewertet werden (1982 erschien in der staatlichen Presse der Volksrepublik China die erste Propaganda gegen die Misshandlung von Ehefrauen, die Töchter geboren hatten). Mit wachsender Globalisierung rückten wieder verstärkt die Biowissenschaften (Genetik vs. Antirassismus usw.) in das Blickfeld der Öffentlichkeit – im Sommer 2001 lag schließlich die erste Gesamtkarte des menschlichen Genoms vor (Human Genome Project). Damit gewannen nun auch wieder Vorstellungen (Utopien der Menschengzüchtung) an Format, denn einerseits verdanken wir solche Visionen einen Großteil des biomedizinischen Fortschritts, andererseits beinhaltet dieses Vorgehen auch die Möglichkeit rassistischer Exklusion (Ausgrenzung) (Altner 1973). Das zentrale Kennzeichen der heutigen, oftmals neuen Formen des Rassismus ist der explizite Wechsel vom dogmatischen Weltbild zur praktischen Weltveränderung, mithin die Wiederholung des Strukturwandels wie er am Ende des 19. Jahrhunderts stattgefunden hat. So verwundert auch nicht, dass gerade in den rechtsradikalen und fremdenfeindlichen Milieus oftmals der Rassebegriff vermieden, hingegen aber um so mehr Wert auf die vom Rassismus geforderten Formen der Praxis gelegt wird: Selektion, Reinhaltung, Bekämpfung, Ausschluss, Säuberung usw. So kann man ohne den Rassebegriff zu bemühen, auch leicht die Frage beantworten, gegen wen sich diese Ausschlusskriterien denn vornehmlich richten: gegen die Ausländer, die Anderen, die Fremden – auf kulturelle oder soziale Gruppen übertragen heißt das: gegen Homosexuelle, Lesben, Juden, Muslime, Sinti, Roma, Gitanos und Gypsies.

Die Angst vor den Herausforderungen der Globalisierung scheint hier bereits deutlich auf: In diesem Sinne beginnt Rassismus dort, wo Menschen der Ansicht sind, dass die Bekämpfung bestimmter Gruppen anderer Menschen die Welt besser macht (Geulen 2007).

10 Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung – Medizin in der demographischen Falle?

Lösungen zwischen disziplinären und interdisziplinären Perspektiven

Karl-Friedrich Wessel

Einleitung

Dieses, mir gestellte Thema, ist eine Herausforderung, die in meinem Beitrag noch nicht einmal hinreichend strukturiert werden kann. Bereits an einem Versuch, die vorhandene Literatur wissenschaftstheoretisch zu ordnen, würde ich scheitern. Allein die 10 Thesen, die Johannes Bircher und Karl-H. Wehkamp formulierten, wären für unser Thema eine umfassende Diskussion wert. Ich zitiere nur aus der ersten These einige Sätze:

„Heute ist nicht mehr klar, was Medizin wirklich ist und soll. Diese Beliebigkeit verunsichert. Eine sinnvolle Gesundheitsreform muss deshalb als Erstes das Wesen und die Aufgaben der Medizin klären. Zu diesem Zweck sind die Begriffe Gesundheit und Krankheit prägnanter als bisher einzugrenzen.“ (Bircher, Wehkamp, 2011, S. 8)

Auf die Unsicherheit, die die Beliebigkeit im Gebrauch der Begriffe hervorbringt, lässt sich schlecht lösungsorientiert debattieren. Wer aber schließt sich dem Versuch nach mehr Prägnanz der Begriffe Gesundheit und Krankheit an. Zudem muss dieser Versuch immer über die Grenzen der Medizin hinausgehen. Schon hier begegne ich einer Unsicherheit – was sind überhaupt die Grenzen der Medizin? Die Literatur, die unser Thema tangiert, ist kaum noch zu überschauen. Wenn ich nur zwei Beispiele hervorhebe – erstens die Forschungen zur Priorisierung in der Medizin, die ja das Thema der Gerechtigkeit unmittelbar berührt (Wohlgemuth, Freitag, 2009), und zweitens eine Arbeit von Kick und Taupitz, Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, 2005, die mit dem Thema Gerechtigkeit unmittelbar korrespondiert – wird deutlich, wie weit man ausholen muss, um ihren Inhalten gerecht zu werden. Das sind natürlich relativ willkürlich herausgegriffene Beispiele, die uns aber, wie viele andere, ins Zentrum der anstehenden Diskussionen führen.

Ich möchte mich im Folgenden auf die drei Begriffe beziehen, die in der Überschrift vorkommen: Gerechtigkeit, Gesundheit und Medizin. Selbstverständlich enthält jeder Begriff mehr Prämissen und Aspekte, als hier behandelt werden können. Ich erwähne diese Selbstverständlichkeit nur, um zu zeigen, dass ich mir der notwendigen Unbestimmtheit und Unvollkommenheit meiner Aussagen sehr bewusst bin. Allerdings hoffe ich, dass meine Grundhaltung deutlich wird.

10.1 Gerechtigkeit

Die Gerechtigkeit ist ein reicher Begriff. Er kann benutzt werden, um als Kriterium für die Qualität menschlicher Gestaltung von beliebigen Systemen zu wirken, er kann aber auch banalisiert werden durch schlagwortartigen Gebrauch. Da niemand der Gerechtigkeit zuwider handeln will (öffentlich), liegt es nahe, den Begriff zu umgehen oder ihn in seiner Bedeutung einzuschränken. Beides ist leicht möglich, weil es andererseits schwer ist, im unmittelbaren Bezug zwischen „gerecht“ und „ungerecht“ immer klar zu unterscheiden. Viele Entscheidungen dieser Art hängen

ganz vom Standpunkt der Diskutanten bzw. der Beteiligten ab. Wer die Macht hat, meint zu wissen, was gerecht ist; wer keine hat, spürt, was ungerecht ist. Wer an Entscheidungen beteiligt ist, steht stets vor einer besonderen Herausforderung. Wenden wir uns einigen Beispielen zu.

Ein Aspekt der Gerechtigkeit ist die Wahrung der Würde des Menschen. Abgesehen von der Schwierigkeit, die Würde des Menschen auf einen Begriff zu bringen, wissen oder spüren wir alle, wann die Würde des Menschen verletzt wird. Natürlich ist dieses Wissen und Spüren abhängig vom Grad der Allgemeinheit oder Konkretheit der Sachverhalte, um die es sich jeweils handelt, und auch vom Wissensstand oder den Qualitätsmerkmalen der handelnden Personen.

Defizite hinsichtlich des allgemeinen Verhaltens den Individuen gegenüber gibt es unüberschaubar viele. Solche, die unmittelbar aufhebbar wären, und solche, die den Charakter der gesellschaftlichen Verhältnisse widerspiegeln. Über letztere will ich hier nicht reden, obwohl die sich daraus ergebenden Ungerechtigkeiten fundamental sind. Mir geht es hier mehr um solche, die bereits durch größere Aufmerksamkeit behoben werden könnten.

Ein sehr tiefgreifendes Beispiel ist die fehlende Beachtung der Würde der Jüngsten und Ältesten in der Gesellschaft bzw. Gemeinschaft. Wir missachten auf Schritt und Tritt die Würde von Kindern, ohne es zu bemerken, sie können sich gegen Ungerechtigkeiten nicht oder nur unzureichend wehren. Viele Eltern, aber auch Lehrer und Ärzte wissen wenig um die Möglichkeiten, die Kinder und Jugendliche haben, ebenso wenig um ihre Ängste und Freuden. Das ist ein Kapitel für sich, insbesondere für das Gesundheitswesen, wenn es um kranke und belastete Kinder geht. Ebenso groß, wenn auch mit einer ganz anderen Qualität, ist die Missachtung der Alten in unserer Gesellschaft. Die größte Missachtung, von vielen Betroffenen noch nicht einmal bemerkt und erlebt, ist der Ausschluss aus dem gesellschaftlichen Reproduktionsprozess. Dieser Ausschluss wird gleichzeitig mit der Gefahr der stets steigenden Kosten für die Pflege der Alten verbunden. Die Gesellschaft muss erst noch lernen, wie sie mit dem Alter umzugehen hat. Verschärft wird diese Frage dann, wenn es sich um Gesundheit und Krankheit im Alter handelt. Wann und wie kann, sollte, darf der Alte was in Anspruch nehmen? Was ist für den Erhalt der Würde notwendig? – so und nicht anders müssten die Fragen lauten. Bis wann hat ein Alter eine künstliche Hüfte zu beanspruchen? – ist eine blödsinnige, menschenverachtende Frage. Die grundlegende und die Würde des Menschen beachtende Frage ist vielmehr die: Wie erhalten wir recht lange die Bewegungsfähigkeit und welche Qualität ist erforderlich, um das System der Kompetenzen dem Alter gemäß zu erhalten? Dieses Prinzip gilt übrigens auch für Menschen mit Behinderungen bzw. Einschränkungen. Auch hier müssen wir sagen: es kommt ausschließlich darauf an, was wir tun müssen, um das System der Kompetenzen des Behinderten seinen Einschränkungen gemäß zu erhalten, oder wenn möglich aufzuheben. Das ist ein sehr schwieriges Unternehmen, der Umgang mit uns Menschen gehört nun einmal zu der größten Herausforderung. Denken wir das Alter bis zum Tod, dann ergibt sich eine weitere, sehr wichtige und oft verdrängte Frage: Wie gehen wir mit dem Sterben um, lassen wir den Sterbenden alle Gerechtigkeit widerfahren, die er zu beanspruchen hat? Beispiele, wie gegen die Würde des Menschen verstoßen wird, könnte ich mehr nennen, als auf einmal erträglich sind. Wer sich darüber beklagt, dass am Sterben Geld verdient werden kann, der sollte sich die Frage beantworten, warum dies möglich ist. Wer diese Frage stellt, hat die Antwort bereits selbst gegeben.

Ein interessanter Aspekt der Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung ist die Rationalisierung oder auch die Verteilungsgerechtigkeit. Alle Ressourcen, also auch die für die Gesundheitsver-

sorgung, sind begrenzt. Es kann also nicht darum gehen, diese Grenzen aufzuheben, sondern nur darum, sie zu beachten und in diesen Grenzen die Gerechtigkeit zu sichern. Dazu gehört natürlich – als eine unabdingbare Voraussetzung – die Mittel rational einzusetzen. Verschleuderung von finanziellen und sonstigen Mitteln ist immer eine Einschränkung der Verteilungsgerechtigkeit. Bircher und Wehkamp schlagen vor,

„ab sofort in der sozialen Krankenversicherung keine neuen Produkte mehr zuzulassen, es sei denn, der Promotor des Produktes weise nach, dass das neue Produkt bei gleicher oder besserer Wirkung die Gesundheitskosten senke.“ (Bircher, Wehkamp, 2011, S. 80)

Dies ist eine Forderung, der sich angesichts der überbordenden gleichwertigen Mittel unbedingt zustimme. Allerdings setzt die Sorgfalt in diesem Prozess voraus, dass ein gewisses Maß an Konkurrenz zugelassen wird. Diese verhindert, dass einerseits die Hersteller eingeführter Mittel nicht neue Mittel verhindern können und andererseits, dass potenziell bessere Mittel, die sich nur noch nicht durchgesetzt haben, verhindert werden. Die Evolution und damit auch die Evolution von Arzneien benötigt eine bestimmte Menge von Möglichkeiten, um zu selektieren. Dagegen wehren sich ja auch Bircher und Wehkamp nicht, wenn ich sie richtig verstanden habe, denn zu den evolutionären Möglichkeiten gehört eine mit Sorgfalt selektierte Anzahl von Produkten. Ich schließe nicht aus, dass eine erhebliche Anzahl von Mitteln nur durch unlautere Verfahren überhaupt den Markt erreicht. Diese zu eliminieren, hat überhaupt nichts mit einer Verhinderung des Fortschritts zu tun. In dieser Hinsicht kann man sich getrost an Heidegger erinnern:

„Die durchschnittliche Alltäglichkeit des Besorgens wird möglickeitsblind und beruhigt sich nur bei dem nur ‚Wirklichen‘. Diese Beruhigung schließt eine ausgedehnte Betriebsamkeit des Besorgens nicht aus, sondern weckt sie. Gewollt sind dann nicht positive neue Möglichkeiten, sondern das Verfügbare wird ‚taktisch‘ in der Weise geändert, dass der Schein entsteht, es geschehe etwas.“

Und etwas weiter führt er fort:

„Das Sein zu den Möglichkeiten zeigt sich dann zumeist als bloßes Wünschen. Im Wunsch entwirft das Dasein sein Sein auf Möglichkeiten, die im Besorgen nicht nur unergriffen bleiben, sondern deren Erfüllung nicht einmal bedacht und erwartet wird. Im Gegenteil: die Vorherrschaft des Sich-vorweg-seins im Modus des bloßen Wünschens bringt ein Unverständnis der faktischen Möglichkeiten mit sich.“ (Heidegger, 1986, S. 195)

Wir sehen, wie schwierig es ist, die „*Alltäglichkeit des Besorgens*“ zu überwinden. Und gleichzeitig, wie der Schein erweckt werden kann bzw. vorhanden ist, dass doch etwas geschehe. Es bleibt eine ständige Aufgabe, das faktisch Mögliche zu erkennen und zu befördern. In der alltäglichen Wissenschaft, innerhalb eines Paradigmas, wird nur allzu gern die faktische Möglichkeit negiert, insbesondere von denen, die sie nicht selbst erkannt haben. Das faktisch Mögliche wird häufig nur dann erkannt, wenn es aus einer neuen Perspektive betrachtet wird. Darin besteht auch eine große Schwierigkeit in der Medizin. Es darf nichts ausgegeben werden, was nicht besser als das Vorhandene ist, darauf verweisen Bircher und Wehkamp, aber es muss mit großer Sorgfalt in Wissenschaft und Praxis getestet werden und beachtet, was als faktische Möglichkeit entsteht bzw. im Verborgenen vorhanden ist. In diesem Prozess gibt es keine einfachen Antworten, sondern nur die Notwendigkeit größter Sorgfalt beim Abwägen. Diese Sorgsamkeit schafft die Voraussetzung für die Verteilungsgerechtigkeit, die von den wirklich vorhandenen Möglichkeiten ausgeht und verborgene schnellstens ans Licht bringt.

Eine weitere sehr wichtige Frage im Zusammenhang mit der Gerechtigkeit ist die der Priorisierung. Ohne mich in die vielen speziellen Diskussionen einzumischen, möchte ich doch feststellen dürfen, dass dies im Prinzip eine unlösbare Aufgabe ist. Nicht selten sind die Entscheidungen

solche zwischen Leben und Tod des einen oder des anderen. Fordern kann man nur, dass alle Entscheidungsträger nach ihrem Gewissen entscheiden und die Regeln einhalten, die als Orientierung gegeben sind. Keine Regel kann jedem Einzelfall gerecht werden. Die Subjektivität spielt immer eine Rolle; es kann nur darum gehen, sie nach humanistischen Prinzipien zu beherrschen.

Es lässt sich leicht sagen, dass Geld keine Rolle spielen dürfte, wenn es um Leben und Tod geht. Es darf nicht gespart werden, wenn es um Leben und Tod geht – das ist schon eine gemäßigte und nachvollziehbare Forderung. Allzu gern werden die „Verstöße“ gegen Recht und Norm bei der Priorisierung von Organspenden thematisiert. Die tägliche Sorge der Pflegenden und der Ärzte in kritischen Situationen und das mehrheitlich sorgfältige Streben nach Gerechtigkeit wird dagegen als eine Selbstverständlichkeit angesehen. Es ist aber keine Selbstverständlichkeit, die das pflegerische und ärztliche Handeln in kritischen Situationen bestimmt. Nicht selten ist „heldenhaftes“ Verhalten erforderlich, um eine „richtige“ Entscheidung zu fällen, die nicht immer den Regeln und Normen entspricht. Öffentlichkeit kann auch störend sein und die wirklichen Prozesse verzerren. Nicht selten entscheiden Mediziner und die Pflegenden in Sekunden oder Minuten. Wenn diese Situation öffentlich gemacht wird, ist eine sinnvolle Diskussion kaum mehr möglich. In der „Die Zeit“ vom 20. Januar 2011 lesen wir, dies nur beispielhaft, den folgenden Satz:

„Eine transparente Diskussion mit Bürgerbeteiligung könnte mehr Gerechtigkeit schaffen – schließlich ist jeder Bürger potenzieller Patient.“

Das ist ein sehr oberflächlicher Satz. Eine sinnvolle Bürgerbeteiligung kann sich nur auf die Prinzipien, Normen und Regeln beziehen, auf das, was unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen möglich ist und möglich sein sollte. In der allgemeinen Diskussion hat sich das Individuum zurückzunehmen. Dies schon deshalb, weil eine Situation, in die ein Individuum kommen kann, eine spezifische ist und nicht beliebig verallgemeinert werden kann. Das ärztliche und pflegerische Handeln basiert auf den allgemeinen gesellschaftlich vereinbarten Regeln und der Bewertung der konkreten Situation. Wird das konkrete Handeln von seiner Wirklichkeit gelöst und nur im Rahmen allgemeiner Normen diskutiert, wird die Sachlichkeit verletzt. Man könnte sagen, dass es ein Gesetz des souveränen Handelns ist, dies vor einer beliebigen Öffentlichkeit zu schützen. Diese Aussage hat überhaupt nichts mit der Einschränkung der Rechte der Öffentlichkeit zu tun, sondern verweist auf die Notwendigkeit, das Thema Gerechtigkeit in der Gesundheitspolitik auch nach den Normen der menschlichen Vernunft zu behandeln. Dass dies leicht gesagt, aber schwer zu machen ist, ist eine Wahrheit, an die man sich immer wieder erinnern muss. Neben der Beachtung der jeweils konkreten Situation, in der gehandelt werden muss, und des subjektiven Zugangs der Handelnden Personen darf ja nicht vernachlässigt werden, dass das Handeln der Subjekte immer begrenzt wird durch die Umgebung – nicht nur der konkreten Bedingungen am Ort des Handelns, sondern auch durch die gesellschaftlichen Bedingungen. Unter den Voraussetzungen einer Mehrklassenmedizin sollte man wissen, dass es viele Einschränkungen der Gerechtigkeit gibt, für die die Handelnden keine Verantwortung haben. Ein Mediziner kann nur in dem Rahmen gerecht sein, den er vorfindet, so sehr er auch in einzelnen Fällen diesen Rahmen zu sprengen versucht. Es geht ja nicht nur darum, dass eine „totale“ Gerechtigkeit für konkrete Fälle schwer oder besser gesagt, gar nicht herstellbar ist, sondern darum, welches Maß an Gerechtigkeit ist dem Handeln immanent ist. Wie groß die Teilhabe des Einzelnen am wirtschaftlich-gesellschaftlichen Fortschritt, insbesondere in der Medizin und Pflege, wirklich ist, kann hier nicht Gegenstand sein, denn niemand wird bezweifeln, dass sie sehr verschieden ist.

10.2 Gesundheit

Das Phänomen der Gesundheit begleitet die Menschheit von Anfang an. Die Geschichte der Wissenschaft ist auch eine Geschichte der wissenschaftlichen Bemühungen um die Gesundheit. Die Evolution der Menschheit ist ein stetiger Prozess der Auseinandersetzung mit den Bedingungen der Erhaltung der Gesundheit. Wir wissen alle, dass im täglichen Leben in der Skala der Werte die Gesundheit ganz oben steht. Die Frage: „*Wie geht's?*“ wird oft auf die Gesundheit bezogen; die Gesundheit als höchster Wert. Zweifelsohne ist die Gesundheit für jedes Individuum eine wichtige Größe und natürlich auch für die Gesellschaft und das gesamte reproduktive Geschehen. Sie ist ein wesentlicher Teil der Kultur.

„Das persönlich erworbene Potenzial liegt im Verantwortungsbereich des Einzelnen und der Gesellschaft. Heute wird es zu wenig beachtet und ungenügend gefördert. Die Entwicklung dieser Komponente der Gesundheit muss im gesellschaftlichen Konsens zu einem wesentlichen Teil unserer Kultur gemacht werden. Dadurch könnten viele medizinische Interventionen überflüssig werden.“ (Bircher, Wehkamp, 2011, S. 61)

Aber gerade dann, wenn die Gesundheit zu einem Teil der Kultur erklärt wird, dann muss auch darauf verwiesen werden, dass Gesundheit zunächst „*nur*“ eine notwendige Bedingung menschlicher Existenz ist. Wird sie zur Kultur erhoben, ist der Umgang mit ihr bereits eingeschlossen. Eine Vernachlässigung dieser notwendigen Bedingung ist mit hohen Kosten für die Gesellschaft verbunden. Viele quantitative Untersuchungen, die ich hier nicht aufführen muss, belegen das. Wenn die Gesundheit auch eine hinreichende Bedingung werden soll, dann geht es um die Funktion, welche Gesundheit für ein normales Leben hat. Nur wenn sie bestimmt ist, diese Funktion, erhält die Gesundheit auch eine kulturelle Funktion. Gesundheit anzustreben unter dem Gesichtspunkt der Teilhabe am materiellen und kulturellen Reproduktionsprozess, also auch unter dem Gesichtspunkt der Bedingungen, die ich für andere setze oder beeinflusse, ist etwas ganz anderes als die Pflege der Gesundheit um ihrer selbst willen.

Die Gesundheit bzw. der Begriff kann sehr leicht zum Fetisch werden, der unter anderem in einen Jugendwahn ausartet. Hier wird der Gesundheitsbegriff missbraucht und verzerrt, aus der Kultur eliminiert. Viele Werbemaßnahmen setzen auf diese Verzerrung und missbrauchen das Streben nach Gesundheit. Kulturelle Pflege der Gesundheit bedeutet, sie zum Zwecke der eigenen Gesamtentwicklung zu erhalten. Das kann durchaus auch die Pflege der Schönheit beinhalten, denn diese strahlt ja auch nur wirklich in ihrer Funktionalität. Die damit angesprochene Selbstsorge ist durchaus ein schwieriges Thema und nach wie vor ein Phänomen, welches schwer zu behandeln ist.

Ich möchte im Folgenden auf zwei Aspekte aufmerksam machen.

Erstens, Foucault hat auf zwei Momente der Voraussetzung für die Selbstsorge hingewiesen.

„In der Rangordnung der beiden antiken Maximen ‚Achte auf dich selbst‘ und ‚Erkenne dich selbst‘ hat es eine Umkehrung gegeben. In der griechisch-römischen Kultur erschien die Selbsterkenntnis als Folge der Sorge um sich selbst. In der Moderne dagegen verkörpert die Selbsterkenntnis das fundamentale Prinzip.“ (Foucault, 1982/2001, S. 450)

Ich will nicht die Gründe verfolgen, die Foucault angibt, weshalb das ‚*Erkenne dich selbst*‘ die Maxime ‚*Achte auf dich selbst*‘ in den Hintergrund gedrängt hat. Er mag schon recht haben mit der Meinung, dass das Erbe der christlichen Moraltradition die Sorge um sich selbst als etwas Unmoralisches erscheinen lässt. Mir geht es vielmehr um den Zusammenhang beider Maximen. Sowohl unter dem Aspekt der Gerechtigkeit als auch der Gesundheit sollten beide Maximen zusammenwirken.

Wer wirklich auf sich selbst achten will, muss sich selbst erkennen. Beide Maximen wirken in der Ontogenese stets aufeinander ein. Foucault verweist hier auf Epikur, der schreibt,

„es sei niemals zu früh und niemals zu spät, sich mit der eigenen Seele zu beschäftigen. Man solle philosophieren, wenn man jung ist, und auch, wenn man alt ist. Dies sei eine Aufgabe, der man sich sein Leben lang widmen müsse. Die Lehren der alltäglichen Lebensführung waren um die Sorge um sich selbst organisiert und sollten jedem Mitglied der Gruppe bei der gemeinsamen Suche nach dem Heil helfen.“ (Ebenda, S. 448 f.)

Ersetzen wir Heil mit Gesundheit und Seele mit dem Gesamtzustand der Person (natürlich nicht ad-äquat), dann haben wir hier eine frühe und umfassende Form der Prävention. Nur wer sich selbst zu erkennen versucht, kann auch auf sich und andere achten. Was von beiden über- oder untergeordnet ist, kann in einer dialektischen Einheit nicht bestimmt werden. Im dynamischen Fluss der Selbstsorge geht eins in das andere über, erzeugt Spannungen und hebt sie wieder auf, das Ich und das Wir wechseln, wohl wissend, dass das Ich, also die Sorge um sich selbst, nur in einer Gemeinschaft möglich ist und diese auch die Erkenntnis ermöglicht, die uns selbst gilt. Ein Widerspruch, der erzeugt werden kann zwischen der Selbsterkenntnis und dem „*Achte auf dich selbst*“, liegt auf einer anderen Ebene.

Die gesellschaftlichen Möglichkeiten erzeugen die Summe der individuellen Erwartungen, die vom Einzelnen nie beansprucht werden kann. Die Gesellschaft erzeugt Möglichkeiten, die nur sehr begrenzte Ressourcen besitzen, also auch nur von wenigen Individuen in Anspruch genommen werden können. Ohne eine hinreichende Selbsterkenntnis und unter den Bedingungen von Manipulation nehmen Individuen gern in Anspruch, was für ihr Wohlbefinden überflüssig ist. Unter diesem Gesichtspunkt ist es wichtig, dass Möglichkeiten klassifiziert und definiert werden, auch durch hierarchische Ordnungen und Verordnungen, so dass individuelle Zuordnung möglich wird, auch dann, wenn die Selbsterkenntnis diese Zuordnung nicht akzeptiert. Das „*Achte auf dich selbst*“ bedarf des Zusatzes „*Erkenne dich selbst*“, wenn eine souveräne individuelle Akzeptanz der Wahrnehmung von Möglichkeiten erreicht werden sollte.

Zweitens, Heidegger hat auf einen Unterschied in der Sorge für andere aufmerksam gemacht, der sehr viel mit der Qualität der Betreuung von Kranken und dem Prozess der Gesundung bzw. Herstellung eines sich selbst beherrschenden Zustandes zu tun hat.

Ich möchte hier ausführlich Heidegger zitieren:

„Die Fürsorge hat hinsichtlich ihrer positiven Modi zwei extreme Möglichkeiten. Sie kann dem Anderen die ‚Sorge‘ gleichsam abnehmen und im Besorgen sich an seine Stelle setzen, für ihn *einspringen*. Diese Fürsorge übernimmt das, was zu besorgen ist, für den Anderen. Dieser wird dabei aus seiner Stelle geworfen, er tritt zurück, um nachträglich das Besorgte als fertig Verfügbares zu übernehmen, bzw. sich ganz davon zu entlasten. In solcher Fürsorge kann der Andere zum Abhängigen und Beherrschten werden, mag diese Herrschaft auch eine stillschweigende sein und dem Beherrschten verborgen bleiben. Diese einspringende, die ‚Sorge‘ abnehmende Fürsorge bestimmt das Miteinandersein in weitem Umfang, und sie betrifft zumeist das Besorgen der Zuhandenen.

Ihr gegenüber besteht die Möglichkeit einer Fürsorge, die für den Anderen nicht so sehr einspringt, als dass sie ihm in seinem existenziellen Seinkönnen *vorausspringt*, nicht um ihm die ‚Sorge‘ abzunehmen, sondern erst eigentlich als solche zurückzugeben. Diese Fürsorge, die wesentlich die eigentliche Sorge – das heißt die Existenz des Anderen betrifft und nicht ein *Was*, das er besorgt, verhilft dem Anderen dazu, *in* seiner Sorge sich durchsichtig und *für* sie *frei* zu werden.“ (Heidegger, 1986, S. 122)

Eine solche „*vorausspringende*“ Sorge bestimmt eigentlich das ganze Streben nach Gesundheit. Es geht keineswegs, was auch nahe liegt, um den Prozess der Pflege, sondern um die ganze Fürsorge, um alle Arten der Fürsorge. Eine gute Bildung ist eigentlich immer eine vorausspringende, selten eine einspringende Fürsorge. Die Gesundheit im weitesten Sinne, also auch oder

besonders die Gesundheit des Geistes, des Wollens, ist immer begleitet von der Zufügung einer vorausspringenden Fürsorge. Der ganze Zustand einer aufklärenden Welt (Umgebung) ist abhängig von der vorausspringenden Fürsorge. Hier ist immer der Eine gegenwärtig als der Sorgende für die Souveränität des Anderen. Ausgeschlossen sollte der belastende Zustand sein.

„Dieses ‚rücksichtslose‘ Mitsein ‚rechnet‘ mit den Anderen, ohne dass es ernsthaft ‚auf sie zählt‘ oder auch nur mit ihnen ‚zu tun haben‘ möchte.“ (Ebenda, S. 125)

Natürlich bin ich weit davon entfernt, diesen Ausschluss für verwirklicht zu halten, aber unter der Prämisse der Sorge um die Souveränität der Anderen sollte er ausgeschlossen sein. Wie weit sich Gesundheitspolitik mit diesem Phänomen zu befassen hat, will ich völlig offen lassen.

10.3 Medizin

In der Überschrift steht der Begriff Medizin im Zusammenhang mit dem Begriff der demographischen Falle. Damit sollte ein Bezug zu dem Begriff der alternden Gesellschaft hergestellt sein. Zunächst einmal lehne ich den Begriff der alternden Gesellschaft ab. Bei dem gemeinten Phänomen kann es sich nur um die Tatsache handeln, dass das Durchschnittsalter der Individuen der Menschengemeinschaft höher wird bzw. geworden ist. Das hat nichts damit zu tun, wie alt oder jung, frisch oder verwelkt, revolutionär oder konservativ die Gesellschaft ist. Wenn die Gesellschaft altert, dann höchstens durch die Zunahme an Generationen, die sie „alt“ ist. Aber natürlich lässt die höhere Zahl der alten Individuen den Schein einer neuen Aufgabe, die vor der Medizin steht, entstehen. Ich nenne es Schein, wenn die Zahl der Alten für das Phänomen des Umgangs mit dem Alter erhalten soll. In Wirklichkeit geht es um die Frage, wie geht die Medizin mit dem Phänomen des Alterns, des Sterbens und des Todes um. Ich vernachlässige hier die Tatsache, dass natürlich der Umgang mit dem Tod ein Problem für die ganze Gesellschaft ist.

Diese Tatsache ist zu vernachlässigen, weil die Medizin bzw. die Mediziner eine führende Rolle in diesem Prozess der Aufklärung haben. Es ist zunächst anzuerkennen, dass die Gerontologie und die Geriatrie in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte gemacht haben. Aber die Gerontologen und Geriater haben nicht verhindern können, dass eine einfache Tatsache, die man gar nicht wagt zu nennen, immer noch schwach artikuliert wird: Wir sind sterblich. Darin liegen die unverrückbaren Grenzen der Medizin. Die Medizin selbst, nicht alle Mediziner, erzeugen immer wieder Vorbehalte, weil sie scheinbar die Grenzen, also die Länge des Lebens verschiebt bzw. verschieben. Dabei zielen die Erfolge „nur“ darauf ab, dass der Mensch die Möglichkeit der Länge seines Lebens erreicht.

Dadurch wird der Schein erzeugt, die Medizin könne das Leben verlängern. Natürlich gibt es immer wieder einmal Theorien, die nahelegen, dass es möglich ist, das Leben erheblich zu verlängern. In einem Artikel im „*Zeitmagazin*“ (Nr. 16, v. 12. April 2012, S. 34-40) wird die Nobelpreisträgerin Elizabeth Blackburn mit dem Satz zitiert:

„Theoretisch können sogar wir Menschen unsterblich sein.“

Das ist natürlich reiner Unsinn, und ich hoffe, die Autorin hat das nicht ernst gemeint. Hinter diesem Satz steht die Entdeckung, dass Wimpertierchen unsterblich sind, weil sie einen Reparationsmechanismus besitzen, der den Verlust von Telomerase verhindert, der ansonsten bei der Zellteilung auftritt. Es ist zwar eine wissenschaftliche Aussage, eine unbestreitbare, dass von der Länge der Telomere das Alter abhängt: umso kürzer, umso näher dem Tode. Aber die Vorstellung, der

Mensch könnte einen Reparaturmechanismus finden, der uns vor dem Alter schützt, ist abenteuerlich. Es mag sein, dass irgendwann die Möglichkeit gegeben ist, ein wenig mehr Lebenslänge herauszuholen, bei ungewöhnlich schnellen Abbauprozessen vielleicht sinnvoll. Aber unsterblich, welch ein Horror. Die allermeisten Menschen sterben ihren intellektuellen Tod schon vor dem biologischen. Die psychische, intellektuelle und kulturelle Verlängerung des Lebens – gewiss, das ist eine sinnvolle Vorstellung. Nichts aber verhindert das Sterben und den Tod. Damit haben wir uns zu befassen. Der Tod gehört zu unserer Natur und Kultur. Die Gewissheit des Todes gehört zum Reichtum des Individuums.

Eine Perspektive für mehr Gewissheit scheint die Thanatologie zu bieten, die einen interdisziplinären Ansatz verfolgt, um die Phänomene des Sterbens und des Todes besser in den Griff zu bekommen. Zu hoffen wäre, dass diese Disziplin nicht von der Medizin vereinnahmt wird, sondern die Interdisziplinarität hochhält und sich vielleicht als eine Disziplin entwickelt, die der Pflegewissenschaft zuzuordnen ist. Die Aufnahme der Probleme des Sterbens und des Todes in die noch junge Pflegewissenschaft hätte zur Folge, dass nicht wenige Fragen in neuen Kontexten diskutiert werden. Natürlich ist auch das nur ein Weg, es wäre ebenso denkbar, vielleicht mit Hilfe der Konzepte der Humanontogenetik, die Medizin, ihre Struktur und ihre Ziele neu zu bedenken. Die hier vor der Wissenschaft stehende Aufgabe ist gewaltig. Gegenwärtig gibt es noch starke Anzeichen einer Abkehr von einer möglichen progressiven Entwicklung der Medizin.

Der bekannte Medizinhistoriker Roy Porter formuliert:

„Die Medizin ist zu einem gigantischen Apparat geworden – vergleichbar der militärischen Maschinerie oder dem öffentlichen Dienst – und oft genauso geschäfts- und gewinnorientiert wie die großen Wirtschaftsunternehmen.“ (Porter, 1999, S. 627) Und eine Seite weiter lesen wir: „In den USA ist von den 4,5 Millionen auf diesem Gebiet Beschäftigten (fünf Prozent aller Arbeitskräfte) nur jeder 15. (300.000) praktizierender Arzt, etwa neun von zehn behandeln nie selbst einen Kranken.“ (Ebenda, S. 628)

Medizin ist das Viele und das Andere geworden, je nach Standpunkt, das Entfremdete oder das Mögliche. Die Medizin, die eigentlich, wenn man z. B. an Foucault denkt (Foucault, 1976, S. 12 u. a.), die Idee der Individualität manifestiert, wie nur wenige Wissenschaften, negiert sich selbst, indem sie über das Individuum hinaus Teile und Aspekte zum Ganzen gemacht hat, also das Individuum zerstörte und damit diesem gegenüber zunehmend ohnmächtig wurde, die Maschinerie zerwürgt das Individuum.

Allerdings, und hier halte ich inne in meiner Kritik, darf man nicht vergessen, dass nicht alle Mediziner und Ärzte in einem solchen Trend einzuordnen sind. Viele Ärzte wissen sehr wohl um den Charakter ihrer Tätigkeit. Aus unseren eigenen Bemühungen darf ich auf zwei Tagungen verweisen, die in der Reihe *„Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik“* dokumentiert sind. Die Tagungen standen unter den Themen: *„Herkunft, Krise und Wandlungen der modernen Medizin“* (1993) und *„Menschenbilder in der Medizin, Medizin in den Menschenbildern“* (1997).

Natürlich gibt es darüber hinaus eine kaum überschaubare Zahl von kritischen Büchern zur Qualität gegenwärtiger Entwicklungen in der Medizin. Viele sind bereits vergessen, nicht wenige werden ohne Erwähnung einfach wiederholt. Ein Beispiel im Kontext der gegenwärtigen Diskussion um die Organverpflanzung ist das Buch von Johannes Hoff und Jürgen in der Schmitt (1994). Hier sind ein Großteil der Argumente ausgetauscht worden, die heute auf höchster Ebene (Ethikrat) einfach wiederholt werden. Es ist zu wünschen, dass die Entwicklung der erwähnten

Disziplin Thanatologie die bereits geführte Diskussion in ihre aktuellen Debatten aufnimmt. Das gilt auch für Bücher, die sehr einseitig und die historischen Dimensionen von Argumenten verkennend, Positionen entwickeln, die es den Anderen schwer oder unmöglich machen, sachlich Stellung zu beziehen. So halte ich beispielsweise das Buch von Anna Bergmann (1998) für sehr lesenswert, aber ebenso kritikwürdig. Der Bezug auf Darwin ist unhistorisch und damit unsachlich, auch scheint mir die Ambivalenz neuester wissenschaftlicher Ergebnisse nicht hinreichend gewürdigt. Wissenschaftlicher Fortschritt ist immer mit einer reflektionslosen Begeisterung verbunden, die sehr wohl zurückzuweisen ist, aber eben auch getrennt werden sollte von den wirklichen Fortschritten.

Zum Schluss möchte ich zwei Vorschläge für die Diskussion formulieren:

Erstens halte ich es für angebracht, für den Zusammenhang von Gerechtigkeit und Gesundheit die Ontogenese stärker zu beachten. Dabei sind mehrere Aspekte wichtig. Zunächst geht es um die zeitliche Ganzheit der Ontogenese. Gerechtigkeit bedeutet, dem Individuum in jeder Phase seiner Entwicklung eine Lebensqualität zu ermöglichen, die für alle folgenden Phasen die besten gesundheitlichen Voraussetzungen ermöglicht. Das ist eine Forderung, die nur partiell erfüllt werden kann. Abgesehen davon, dass längst nicht alle Auswirkungen der Entwicklung in einer Phase auf alle folgenden bekannt sind, ist es eine gesellschaftliche und persönliche Aufgabe, die vorhandenen Erkenntnisse anzuerkennen und anzuwenden. Ein Beispiel für die Beachtung der Entwicklung in der frühen Phase kindlicher Entwicklung auf die gesamte spätere Entwicklung sind die Forschungsergebnisse zur pränatalen Entwicklung.

Bezugnehmend auf Übergewicht und Adipositas heißt es bei Plagemann und Dudenhausen:

„In ganz ähnlicher Weise dürften aber mannigfaltige weitere ‚Expositionen‘ während kritischer prä- und neonataler Zeitfenster zu Störungen des umweltabhängigen Selbstorganisationsprozesses im sich entwickelnden Organismus führen, mit der Konsequenz langfristiger Krankheitsdispositionen, die im Gegensatz zu genetischen Krankheitsveranlagungen jedoch durch Optimierung der perinatalen Entwicklungsbedingungen vermeidbar wären.“ (Plagemann, Dudenhausen, 2008, S. 8)

Sinnigerweise überschreiben sie ihren Artikel, der der Lebensleistung von Günter Dörner gewidmet war, mit *„Weichenstellung im Mutterleib“*. Damit ist ein ganz wichtiges Prinzip für wissenschaftliches und menschliches Handeln gekennzeichnet: Weichenstellungen zu beachten, da wo sie notwendig und möglich sind. Darin besteht auch das Wesen ontogenetischer Prävention: Weichenstellungen zum rechten Zeitpunkt verhindert viele spätere Eingriffe. Zu beachten bleibt, wenn auch die frühe Weichenstellung im Mutterleib für die ganze Lebensspanne wichtig ist und bleibt, dass in jeder folgenden Phase Bedingungen für die weitere geschaffen werden. Gute Bewegung, geistige Herausforderungen, gesunde Ernährung, Beachtung der wirklichen Möglichkeiten des Individuums, Unterdrückung unrealistischer Wünsche in der Jugend sind ganz wesentliche Voraussetzungen für das Erwachsenenalter. Im Prinzip wird das System der Voraussetzungen für die folgenden Phasen immer komplexer. Das Alter oder das Leben im Alter ist auch die Summe und die Struktur der auflaufenden Voraussetzungen des Lebens. Auch der Lebensmut ist ja abhängig von den vorhergehenden Erfahrungen. Das Alter ist immer dann eine besondere Form der Belastung, wenn in allen vorausgehenden Phasen die möglichen Folgen von Beachtung oder Nichtbeachtung der Voraussetzungen für die Zukunft vernachlässigt werden.

Es ist eine harte Form der Ungerechtigkeit, wenn die Gesellschaft Bedingungen für eine werdende Mutter missachtet, die wichtig für das sich entwickelnde Leben sind. Ich spreche hier

nicht von Pflichtverletzungen der Mutter ihrem Kind gegenüber, sondern von der Verletzung der Schaffung von Voraussetzungen für die Mutter, um ihrem Kind die besten Möglichkeiten für das Leben zu schaffen. Das ist wiederum nicht nur eine materielle Frage, sondern auch eine der Erforschung der Bedingungen von Entwicklung von der Konzeption bis zum Tode. Übrigens erweist sich auch in diesem Zusammenhang die Metapher von der demographischen Falle als Unsinn. Wenn sich das Individuum lebenslang entwickelt, dann gibt es keine vom Alter abhängige Prioritätsdebatte. Das Alter stets einzubeziehen, ist eine methodologische Selbstverständlichkeit, aber eben vom Anfang bis zum Ende des Lebens.

Zweitens scheint mir, dass die Humanontogenetik neben dem Hinweis auf die lebenslange Entwicklung auch mit dem Konzept der biopsychosozialen Einheit Mensch eine gute Basis für die anstehenden Probleme ist. Wer von einer enkaptischen Verbindung der drei Ebenen – der biotischen, der psychischen und der sozialen – ausgeht, entgeht der Gefahr, die Medizin auf die biotische Ebene beschränken zu wollen und den Menschen auf seine organischen Bestandteile zu reduzieren. Der Begriff Gesundheit, wie er auch immer definiert wird, kann auf keinen Bestandteil des Lebens verzichten. Es lässt sich nachweisen, dass fast alle medizinischen Konzepte, leider meist indirekt und nicht konsequent, von einem Konzept der biopsychosozialen Einheit ausgehen. Starke Unterschiede gibt es in der Gewichtung der einzelnen Faktoren und den Konsequenzen, die sich aus dieser Konzeption ergeben.

Das Biotische wird oft als eine notwendige Bedingung des Lebens angesehen, die erst gesichert sein müsse, bevor man sich den hinreichenden Bedingungen, also den psychischen und sozialen Phänomenen widmen kann. Eine solche Betrachtung beachtet zwar alle Momente, aber eben nicht in ihrer Einheit. Knochen, Fleisch, Sehnen und sonstige organischen Bestandteile machen kein Leben aus, menschliches ohnehin nicht. Erst mit einer Psyche ausgestattet und über die soziale Ebene mit der menschlichen Gemeinschaft verbunden ist Leben, menschliches Leben wahrhaft existent. Ein noch so gut ausgestatteter menschlicher Körper ist ohne seine Umgebung, also der Umgebung, die zu ihm gehört, mit der er lebt, kein wirkliches menschliches Wesen. Die Gesundheit des Menschen hängt somit auch von seiner Umgebung ab. Gerechtigkeit misst sich daran, wieweit der Einzelne von der gemeinschaftlichen Umgebung partizipieren kann. Das ist auch ganz materiell gemeint, insofern kann der, der alle materiellen Mittel zur Verfügung hat, auch „gesünder“ leben, viele Studien belegen das. Ob er damit auch mehr Mensch ist, lässt sich nicht so einfach beantworten. Insofern ist die biopsychosoziale Einheit Mensch doch viel schwerer zu beschreiben, als es diese kurzen Ausführungen erscheinen lassen.

Literatur

- Adams, M. B.** (1990). *The Wellborn Science: Eugenics in Germany, France, Brazil, and Russia*. New York-Oxford: OUP.
- Aetius V 30.1. Ref. in: Diels 1934 ff, 24 B 4. A. a. O.
- Altes Testament (1914), 1. Mose, 32. In: *Die Bibel oder die ganze Heilige Schrift des Alten und Neuen Testaments nach der deutschen Übersetzung D. Martin Luthers*. Berlin.
- Altner, G. [Hg.] (1973). *Kreatur Mensch. Moderne Wissenschaft auf der Suche nach dem Humanen*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Aner, K. (2010): Soziale Altenhilfe als Aufgabe Sozialer Arbeit. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. 33-50.
- Aner, K. & Karl, U. (2010): Einführung. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 9-13.
- Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (Hrsg.: Franke, A.). Tübingen.
- Antor, G. & Bleidick, U. (2001): *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis*. W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln.
- Aristoteles: *Metaphysik I*, 5, 986 a 22 ff. Ref. in: Diels 1934 ff, 24 A 3. A. a. O.
- Ashman, A. F.; Suttie, J. N. & Bramley, J. (1995): Employment, retirement and elderly persons with an intellectual disability. In: *Journal of Intellectual Disability Research*, 39 (2), 107-115.
- AWO Bundesverband e.V. (Hrsg.) (2004): *Qualitätsentwicklung für lokale Netzwerke. Eine Arbeitshilfe für die Praxis*. Bonn.
- Baer, K. E. v. & M. Wagner** (1861). *Bericht über die Zusammenkunft einiger Anthropologen*. Leipzig: Leopold Voss.
- Baker, J. R. (1974). *Race*. New York: Oxford University Press.
- Banton, M., Harwood, J. (1975). *The Race Concept*. Vancouver: Douglas David & Charles Limited.
- Bartholomeyczik, S. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte in der Pflege. In: *Pflege & Gesundheit*, 11 (3), 210-223.
- Baumgartner, L.; Kirstein, R. & Möllmann, R. (Hrsg.) (2003): *Häusliche Pflege heute*. Urban und Fischer, München, Jena.
- Baur, E. (1932). Der Untergang der Kulturvölker im Lichte der Biologie. *Volk und Rasse*, 7 (2), 65-79.
- Bausewein, S., Roller, R. u. Volz R. (2010), *Leitfaden Palliativmedizin*, Urban u. Fischer 2. Auflage
- Beckmann, Franziska (2002): Ideen für eine vitale Gesellschaft. In: *Berliner Zeitung* v. 06.06.2002. <http://www.berliner-zeitung.de/archiv/die-deutschen-werden-immer-aelter-wissenschaftler-diskutierten-darueber-was-die-forschung-fuer-ein-gesundes-altern-tun-kann-ideen-fuer-eine-vitale-gesellschaft,10810590,10001852.html>

- Beine, M.; Diegmann-Hornig, K.; Neufeld, G. & Jungschart-Geer, H. (2009): Pflegebegutachtung – Lehrbuch für sachverständige und Gutachter in der Pflege. Verlag Hans Huber, Bern
- Bergmann, Anna: Die verhütete Sexualität – Die medizinische Bemächtigung des Lebens. Aufbau Taschenbuch Verlag, Berlin 1998.
- Bernhard, W. & A. Kandler [Hrsg.] (1974). Bevölkerungsbiologie. Beiträge zur Struktur und Dynamik menschlicher Populationen in anthropologischer Sicht. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Bircher, Johannes & Wehkamp, Karl-H.: Gesundheit und Medizin, Edition Octopus im Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat OHG, Münster 2011.
- Bitterli, U. (1977). Die „Wilden“ und die „Zivilisierten“. Grundzüge einer Geistes- und Kulturgeschichte der europäischen überseeischen Begegnung vom 15. zum 18. Jahrhundert. Zürich: Ex Libris.
- Blumenbach, J. F. (1803). Handbuch der Naturgeschichte. 7. Aufl. Göttingen: Heinrich Dieterich.
- Borgwardt, G., Fricke, R. (1978). Einige Aspekte der Pflegesituation bei 303 zu Hause betreuten Patienten. Deutsches Gesundheitswesen, 33 (12), 563-565.
- Bowlby, J. (1983). Verlust. Trauer und Depression. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Brieskorn-Zinke, M. (2000): Die pflegerische Relevanz der Grundgedanken des Salutogenese-Konzepts. In: Pflege, 13, 373-380.
- Brock, A. (1929): Greek medicine. London, Toronto.
- Brockhaus' Konversations-Lexikon (1892-1895). Vierzehnte vollständig neubearbeitete Auflage in sechzehn Bänden. Leipzig, Berlin und Wien. Vierter Band, Zehnter Band, Vierzehnter Band.
- Brög, W. (1980). Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Ermittlung d. Repräsentativdaten u. Situationsgruppenanalyse. SOCIALDATA, Inst. für Empir. Sozialforschung GmbH München. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, 80).
- Bruch, R. v. & B. Kaderas [Hrsg.] (2002). Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts. Stuttgart: Franz Steiner.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Bevölkerung – Daten, Fakten, Trends zum demographischen Wandel in Deutschland: www.bib-demographie.de/nn_750530/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Broschueren/bev3__2008,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/bev3_2008.pdf. Abruf am: 17.11.2012.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Stellungnahme der Bundesregierung, Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2010): Altern im Wandel – Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011). Pflegedialog. Minister Dr. Rösler trifft sich mit pflegenden Angehörigen. Verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegedialog.html> [28.03.2011].
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Zukunftswerkstatt Demenz. <http://www.bmg.bund.de/pflege/demenz/zukunftswerkstatt-demenz.html>. Abruf am: 17.11.2012.

- Bundesministerium für Justiz (Hrsg.) (2003): SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Deutscher Taschenbuchverlag, München.
- Bundesministerium für Justiz: Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz-KrPflG): www.gesetze-im-internet.de/krpflg_2004/BJNR144210003.html#BJNR144210003BJNG000200000. Abruf am: 17.11.2012.
- Bundesministerium für Justiz: Heimgesetz (HeimG): www.gesetze-im-internet.de/heimg/BJNR018730974.html. Abruf am: 17.11.2012.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (2008): Pflegeversicherungsreform – bpa-Informationen rund um die Pflege, Berlin.
- Bühning, P. (2007). Psychosomatik und Gynäkologie: Väter trauern anders. <<http://www.aerzteblatt.de/archiv/54828/Psychosomatik-und-Gynaekologie-Vaeter-trauern-anders>>.
- Büscher, A.; Emmert, St. & Hurrelmann, K. (2009): Die Wohnvorstellungen von Menschen verschiedener Altersgruppen – Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-141.pdf. Abruf am: 17.11.2012.
- Capelle, Wilhelm August (1958): Die Vorsokratiker. Die Fragmente und Quellenberichte. Berlin.**
- Cavalli-Sforza, L. & F. Cavalli-Sforza (1994). Verschieden und doch gleich. Ein Genetiker entzieht dem Rassismus die Grundlage. München: Droemer Knauer.
- Chalcidius: Kommentar zu Platons Timäus, S. 279, Wrob. Ref. in: Diels 1934 ff, 24 A 10. A. a. O.
- Csef, H., Wyss, D. (1985). Die Bedeutung von Bindung und Trennung für die Entstehung von Krankheiten. Nervenarzt (56), 245-251.
- Conrad-Martius, H. (1955). Utopien der Menschenzüchtung. Der Sozialdarwinismus und seine Folgen. München: Kösel-Verlag.
- Cooper, Sally-Ann (2004), BMJ. 329: 141 -415
- Cysarz, D. (2001): Was ist Hygiogenese? www.hygiogenese.de/hygiogcom.htm
- Czys, A. (2011): Rechengrößen in der Sozialversicherung 2011 – Grenzwerte, Beitragssätze und weitere Zahlen für 2011: www.krankenkassen.de/gesetzlichekrankenkassen/system-gesetzliche-krankensversicherung/sozialversicherungrechengroessen-beitragsbemessungsgrenze-versicherungspflichtgrenze/rechengroessen-2011. Abruf am: 17.11.2012.
- Deutscher Bundestag (2005): Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Präventionen:**<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/15/052v1505214.pdf>. Abruf am: 17.11.2012.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: Brennpunkt Pflege – Professionelle Pflege, Angehörigenpflege, Betroffene:www.dbfk.de/download/download/Brennpunkt-Pflege-Angehoeigenpflege-2009druckversion.pdf. Abruf am: 17.11.2012.
- Diels, Hermann Alexander (Hrsg.) (1893): Anonymi Londinensis ex Aristotelis iatricis Menoniis et aliis medicis eclogae. In: Supplementum Aristotelicum III 1, Berlin. Ref. in: Kollesch, Jutta; Nickel, Diethard (Hrsg.) (1986): Antike Heilkunst. Leipzig.
- Diels, Hermann Alexander (1934/35/37): Die Fragmente der Vorsokratiker, griechisch und deutsch. 3 Bde., 5. Aufl., hrsg. von Walter Kranz, Bd. 1, Berlin (Darin referiert: Aetius; Aristoteles; Chalcidius; Hippokrates; Platon; Theophrast, s. d.)
- Diepgen, Paul (1949): Geschichte der Medizin. Die historische Entwicklung der Heilkunde und des ärztlichen Lebens. Band I: Von den Anfängen bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts. Berlin.

- Dittmar, Heinrich (1866): Die Geschichte der Welt vor und nach Christus. Neue Gesamtausgabe in sechs Bänden, vierte Auflage, Erster Band. Heidelberg.
- De Montaigne, Michel (1580/1998): Essais. Frankfurt am Main: Eichborn Verlag.
- Doubleday; Delisle, R. (2007). Debating Humankind's Place in Nature, 1860-2000: The Nature of Paleoanthropology. New Jersey: Pearson/Prentice Hall.
- Dörner, Günter (1975): Perinatal hormone levels and brain organization. In: Stumpf, W. & Grant. L D. (Eds.) Anatomical Neuroendocrinology. Basel: Karger, S. 245-252.
- Dörner, Günter (1976): Hormones and brain differentiation. Amsterdam, Oxford, New York: Elsevier.
- Dörner, Günter (1986): Hormon-dependent brain development and preventive medicine. Monogr. Neural Sci., vol. 12, Basel, pp. 17-27.
- Dörner, Günter (1998): Die Humanontogenese als umwelt- und genabhängiger Selbstorganisationsprozess des Neuro-Endokrino-Immunsystems unter Vermittlung von Hormonen und Neurotransmittern. In: Humanontogenetik, 1. Jg., Heft 1, S. 41-46.
- Dörner, Günter, Hüllemann, Klaus-D., Tembrock, Günter, Wessel, Karl-Friedrich & Zänker, Kurt S. (Hrsg.): Menschenbilder in der Medizin – Medizin in den Menschenbildern. Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik, Band 16. Kleine Verlag, Bielefeld 1999.
- Dröber, A.; Villwock, U. & Anderson, K.A. (2004): Springer Lexikon Pflege. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Feldman, M. W., R. C. Lewontin & M.-C. King (2003): Race: A genetic melting-pot. Nature, 424, 374.**
- Fischer, E. (1913). Die Rehobother Bastards und das Bastardierungsproblem beim Menschen. Jena: Gustav Fischer.
- Flick, U. (1996). Psychologie des technisierten Alltags. Soziale Konstruktion und Repräsentation technischen Wandels in verschiedenen kulturellen Kontexten. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Forel, A. (1905). Die sexuelle Frage. Eine naturwissenschaftliche, psychologische, hygienische und soziologische Studie für Gebildete. München: E. Reinhardt, Verlagsbuchhandlung.
- Foucault, Michel: Die Geburt der Klinik. Ullstein Verlag, Frankfurt/M., Berlin, Wien 1976.
- Foucault, Michel: Technologien des Selbst (1982). In: Foucault, ausgewählt und vorgestellt von Pravu Mazumdar. Deutscher Taschenbuch Verlag, München 2001.
- Fuchs, J. (1998). Ressourcen für die Pflege im häuslichen Bereich: Pflegebereitschaft von Personen, die nicht selbst pflegen. In: Gesundheitswesen 60, S. 392-398.
- Fuchs, J. (2000). Komponenten der Pflegemotivation von Nicht-Pflegenden. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 8/1, S. 25-30.
- Ganten, Detlev (2012): „Wir müssen Gesundheit und Medizin neu denken“.**
Interview in: Berliner Ärzte, 49. Jg., H.9, S. 23-25.
- Geister, C. (2004). „Weil ich für meine Mutter verantwortlich bin“. Der Übergang von der Tochter zur pflegenden Tochter. Huber: Bern, S. 18, 24-26.
- Geulen, Ch. (2007). Geschichte des Rassismus. München: C. H. Beck.
- Gibbons, A. (2006). The First Human: The Race to Discover our Earliest Ancestors. New York: Doubleday.
- Glad, J. (2010). Jewish Eugenics, Washington-London-Tel Aviv: Wooden Shore.
- Gould, S. J. (1983). Der falsch vermessene Mensch. Basel: Birkhäuser.

- Gould, S. J. (1998). On mental and visual Geometry. *Isis*, 89 (3), 502-504.
- Groß, D. (2005): Determinanten erfolgreicher Netzwerkarbeit.
http://www.univation.org/download/Gross_Input_050128.pdf. Abruf am: 17.11.2012.
- Gusset-Bährer, S. (2004): „Dass man das weiterträgt, was älteren Menschen mit geistiger Behinderung wichtig ist“. Ältere Menschen mit geistiger Behinderung im Übergang in den Ruhestand. Univ., Diss--Heidelberg, 2004. Online verfügbar unter <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2004/4837/index.html>. Abruf am: 17.11.2012.
- Hammerschmidt, P.** (2010): Soziale Altenhilfe als Teil kommunaler Sozial(hilfe-)politik. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 19-31.
- Haveman, M. & Stöppler R. (20102): Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation. Kohlhammer, Stuttgart.
- Heckhausen, J./Heckhausen, H. (2010). *Motivation und Handeln*. 4. Aufl., Berlin: Springer, S. 1, 6-9.
- Hedtke-Becker, A./Schmidtke, C. (1985). *Frauen pflegen ihre Mütter. Eine Studie zu Bedingungen häuslicher Altenpflege*. Eigenverlag des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge: Frankfurt a. M., S. 82.
- Hegel, Georg Friedrich Wilhelm (1982): *Vorlesungen über die Geschichte der Philosophie*. Drei Bände. Erster Band. Leipzig.
- Heidegger, Martin: *Sein und Zeit*. Max Niemeyer Verlag, Tübingen 1986 (Sechzehnte Auflage).
- Heimpersonalverordnung: www.geroweb.de/altenheim/heimpersonalverordnung.html. Abruf am: 17.11.2012.
- Heinze, R.; Ley, C. & Schneiders, K. (2010): Innovationsmotor Alter: Wohn- und Lebensformen im Wandel. In: *EinBlick in die Zukunft – Gesellschaftlicher Wandel und Zukunft des Alterns*. LIT, Münster, 303-322.
- Helmer, A. (2007): Wohnformen im Alter - bunt wie das Alter selbst. In: *Caritas Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes 2007*. Freiburg, 102-106.
- Herke, M. (2009): Mehr Service und Sicherheit für ältere Mieter – Trend zu vorstationären, ambulant betreuten Wohnformen – Kooperationsformen nutzen. In: *Häusliche Pflege*, 18 (11), 20-25.
- Herriger, N. (20063): *Empowerment in der sozialen Arbeit*. Eine Einführung. Kohlhammer, Stuttgart.
- Hertwig, O. (1918). *Zur Abwehr des ethischen, des sozialen, des politischen Darwinismus*. Jena: Gustav Fischer.
- Heuft, G.; Kruse, A. & Radebold, H. (2006): *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Hildebrandt, G. (1980): Hygiogenese. In: *Enzyklopädie Naturwissenschaft und Technik*. München. Ref. in: www.hygiogenese.de/hygiogdef.htm
- Hippokrates: Von der heiligen Krankheit. 14, 17. Ref. in: Diels 1934 ff. 24 A 11. A. a. O.
- Hoff, Johannes & in der Schmitt, Jürgen (Hrsg.): *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“ – Kriterien*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg 1995.
- Hofmeier, Thomas, unter Mitarbeit von Arpagaus, Daniel (2007): *Leonhard Thurneysers Quinta Essentia 1574*. Ein alchemistisches Lehrbuch in Versen. Berlin & Basel.
- Holm, Maike (2001): Do you feel the difference? Der Beitrag der Feldenkrais-Methode zur Gesundheitsförderung. www.feldenkrais-seminare.de

- Homfeldt, H.G. (2010): Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 315-320.
- Hoßfeld, U. & M. Simunek (2008). Die Kooperation der Friedrich-Schiller-Universität Jena und der Deutschen Karls-Universität Prag im Bereich der „Rassenlehre“, 1933-1945. Buchreihe „Thüringen gestern & heute“, Bd. 32, Landeszentrale für politische Bildung, Erfurt.
- Hoßfeld, U. (1999). Haeckelrezeption im Spannungsfeld von Monismus, Sozialdarwinismus und Nationalsozialismus. *History and Philosophy of the Life Sciences*, 21, 195 – 213.
- Hoßfeld, U. (2004 a). „Rasse“ potenziert: Rassenkunde und Rassenhygiene an der Universität Jena im Dritten Reich, in: Bayer, K.; Sparing, F. & Woelck, W. [Hrsg.]. *Universitäten und Hochschulen im Nationalsozialismus und in der frühen Nachkriegszeit*. Stuttgart: Franz. Steiner, 197 – 218.
- Hoßfeld, U. (2004 b). Rassenphilosophie und Kulturbioogie im eugenischen Diskurs: Der Jenaer Rassenphilosoph Lothar Stengel von Rutkowski. In: K.-M. Kodalle, Hg. (2004), *Homo perfectus? Behinderung und menschliche Existenz. Kritisches Jahrbuch für Philosophie, Beiheft 5*, 77 – 92.
- Hoßfeld, U. (2005). *Geschichte der biologischen Anthropologie in Deutschland. Von den Anfängen bis in die Nachkriegszeit*, Stuttgart: Franz Steiner.
- Hoßfeld, U. (2010). Ernst Haeckel. Biographienreihe absolute, Freiburg i. Br.: orange press.
- Hoßfeld, U. (2012a). *Biologie und Politik. Die Herkunft des Menschen*. Landeszentrale für politische Bildung Thüringen, Staatskanzlei Erfurt, 2. Auflage.
- Hoßfeld, U. (2012b). Aus dem VBio - Editorial. *Biologie in unserer Zeit*, 42 (4), 217.
- Hoßfeld, U.; J. John, R. Stutz & O. Lemuth [Hrsg.] (2003). „Kämpferische Wissenschaft“. Studien zur Universität Jena im Nationalsozialismus. Köln: Böhlau.
- Hoßfeld, U.; T. Kaiser & H. Mestrup [Hrsg.] (2007). *Hochschule im Sozialismus. Studien zur Geschichte der Friedrich-Schiller-Universität (1945-1990)*. 2 Bde., Weimar: Böhlau.
- Huber, Ellis E. (1996): Das Gesundheitssystem neu denken. In: Wessel, Karl-Friedrich & Möws, Gerd-Otto (Hrsg.): *Wie krank darf der Gesunde sein? Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik*, Band 9. Bielefeld.
- Huxley, T. H. (1863). *Zeugnisse für die Stellung des Menschen in der Natur* (engl. Orig.: *Evidence as to man's place in nature*). dt. Übersetzung von J. V. Carus, Braunschweig: Druck und Verlag von Friedrich Vieweg und Sohn (1963 – 1. Aufl., 1970 – 2. Aufl. hrsg. von G. Heberer, Stuttgart, Gustav Fischer).
- J**acobs, C. (2000): Auf der Suche nach dem heilen Menschsein. *Don Bosco Magazin*, 4/2000, S. 4-9.
- Jansen, B. (1999). Informelle Pflege durch Angehörige. In: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.). *Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis*. Weinheim, Basel: Beltz, S. 604-628.
- Junker, T. & U. Hoßfeld (2009). *Die Entdeckung der Evolution. Eine revolutionäre Theorie und ihre Geschichte*. 2. Aufl., Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt.
- Junker, T. (1998). Blumenbach's Racial Geometry. *Isis*, 89 (3), 498-501.
- Junker, T. (2009). *Die Evolution des Menschen*. München: C. H. Beck.
- Jürgens, H. W., R. Knußmann, U. Schaefer, I. Schwidetzky, Chr. Vogel & G. Ziegelmayer (1974). Eine operationale Definition von „Anthropologischer Arbeit“. *Homo*, 25, 37-39.
- Jürss, Fritz, Müller, Reimar & Schmidt, Ernst Günter (Hrsg.) (1977): *Griechische Atomisten*. Leipzig.
- Jun, Gerda (1987): *Charakter*. Berlin.

Jun, Gerda (2002): Unsere inneren Ressourcen: Wer hat Angst vor der Selbsterkenntnis? Ein integrales Individualkonzept als lebendige Ordnung in der seelischen Vielfalt. In: Humanontogenetik, 5. Jg., Heft 1, S. 48-57.

Kahmann, U. (2001). Trauerarbeit nach Totgeburt – Einfluss von Selbsthilfegruppen. München: (Dissertation). Fakultät für Medizin der Technischen Universität München.

Kaiser, J.-Ch., K. Nowak & M. Schwartz (1992). Eugenik, Sterilisation, "Euthanasie". Politische Biologie in Deutschland 1895-1945. Eine Dokumentation. Berlin: Buchverlag Union.

Kast, V. (1982). Trauern. Stuttgart, Berlin: Kreuz Verlag.

Kaspari, Ch. (1989). Der Eugeniker Alfred Grotjahn (1869-1931) und die „Münchener Rassenhygieniker“. Medizinhistorisches Journal, 24, 306-332.

Kattmann, U. (1996). Was heißt hier Rasse? Unterrichtsmodell für die Sekundarstufe II. Unterricht Biologie, 19 (204), 44-49.

Kaupen-Haas, H. & Ch. Saller [Hrsg.] (1999). Wissenschaftlicher Rassismus: Analysen einer Kontinuität in den Human- und Naturwissenschaften. Frankfurt a. M./New York: Campus.

Keiter, F. (1938-40). Rasse und Kultur. Stuttgart: F. Enke.

Kelly, G. A. (1986) Die Psychologie der persönlichen Konstrukte. Paderborn: Junfermann-Verlag.

Kern, Franz (Bearb.) (1923): Homer: Ilias. Im Auszug. nach der Übersetzung von J. H. Voß, Bielefeld und Leipzig.

Kevles, D. J. (1985). In the Name of Eugenics. Genetics and the Uses of Human Heredity. New York: HUP.

Kick, Hermes A. & Taupitz, Jochen (Hrsg.): Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit. Ethik interdisziplinär, Band 10. LIT-Verlag, Münster, Hamburg, London 2005.

Kittl-Satran, H. & Simon, G. (2010): Soziale Arbeit für ältere Menschen in Österreich. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter, VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 223-229.

Klauber, J.; Geraedts, M. & Friedrich, J. (2009): Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Schattauer Verlag, Stuttgart, New York.

Kleinhempel, Friedrich (2001): Serva und Samariter – aus der Geschichte der Krankenpflege: Momente der Qualifizierung der Profession. Humanontogenetik, 4. Jg., Heft 1, S. 27-36.

Kleinhempel, Friedrich (2002): Medizinische Ethik im 21. Jahrhundert. In: HUMBOLDT. 8-2001/2002. S. 8.

Klingbeil-Baksi, D. (2011): Neue Pflegestatistik: Wachstum bei Pflege durch ambulante Dienste. In: Häusliche Pflege, 20 (4), 5

Klie, Th. (2001). Pflegekulturelle Orientierungen im Wandel – Perspektiven für die Angehörigen; In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Nr. 3, S. 90-96.

Kohli, M. & Kühnemann, H. (2000): Die zweite Lebenshälfte – Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Surveys. Leske + Budrich, Opladen.

Kollesch, Jutta & Nickel, Diethard (Hrsg.) (1986): Antike Heilkunst. Leipzig.

Kranz, Walter (1986): Die griechische Philosophie. Leipzig.

Kraus, Sibylle (2009): Aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen. In: Zippel, Ch.; Kraus, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit für alte Menschen – Ein Handbuch für die berufliche Praxis. Mabuse-Verlag, Frankfurt a.M., 64-83.

Kraus, S. & Hegeler, H. (2009): Soziale Arbeit in der Geriatrie. In: Zippel, Ch. & Kraus, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit für alte Menschen – Ein Handbuch für die berufliche Praxis. Mabuse, Frankfurt a. M., 84-105.

Krings-Heckemeier, M. et al. (2006): Die Generation über 50 – Wohnsituation, Potentiale und Perspektiven: www.lbs.de/lbs/pics/upload/tfmedia1/HBUAAa5a003.pdf. Abruf am: 17.11.2012.

- Kröner, H.-P. (1997). Förderung der Genetik und Humangenetik in der Bundesrepublik durch das Ministerium für Atomfragen in den fünfziger Jahren. In: Weisemann, K., P. Kröner & R. Toellner, Hrsg. (1997), S. 69-82.
- Kuhlmei, A./Dräger, D./Geister, C. (2002). Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Situation pflegender Töchter. Forschungsbericht der Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel
- Kuhlmei, A. (2010): Pflegerische Versorgung und Erhalt der Selbständigkeit im Alter. In: Häfner, H.; Beyreuther, K. & Schlicht, W. (Hrsg.): Altern gestalten. Springer, Berlin, Heidelberg, 133-142.
- Kübler-Ross, E. (1971). Interviews mit Sterbenden. Berlin: Evangelische Verlagsanstalt.
- Künemund, H. & Kohli, M. (2010): Soziale Netzwerke. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 309-313.
- Künzel-Schön, M. (2000): Bewältigungsstrategien älterer Menschen – Grundlagen und Handlungsorientierung für die ambulante Arbeit. Juventa, Weinheim.
- Ladewig, S.** (2010). Trauerverarbeitung des prä- und perinatalen Kindstodes. Braunschweig: (Dissertation) Fakultät für Lebenswissenschaften der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig.
- Lampert, M. (2009): Alterssicherung im Spannungsfeld von demographischer Entwicklung und intergenerationaler Gerechtigkeit. Herbert Utz Verlag, München. Landesfachbeirat Pflege Bremen: Professionelle Pflege: www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/21152%202006%20LFP%20Professionelle%20Pflege%20mit%20EBN.pdf. Abruf am: 17.11.2012.
- Lenoir, T. (1980). Kant, Blumenbach, and Vital Materialism in German Biology. *Isis*, 71 (256), 77-108.
- Ley, Hermann (1966): Geschichte der Aufklärung und des Atheismus. Band 1. Berlin.
- Lob-Hüdepohl, A. & Lesch, W. (2007): Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch. Ferdinand Schöningh, Paderborn.
- MacIntyre, A.** (1999). Die Anerkennung der Abhängigkeit. Über menschliche Tugenden. Hamburg: Rotbuch, S. 12, 97, 107.
- Maio, G. (2012): Gesundheitswesen: Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (16), A 804-807.
- Mann, G. (1969). Medizinische-biologische Ideen und Modelle in der Gesellschaftslehre des 19. Jahrhunderts. *Medizinhistorisches Journal*, 4, 1-23.
- Mann, G. (1978). Neue Wissenschaft im Rezeptionsbereich des Darwinismus: Eugenik – Rassenhygiene. *Berichte für Wissenschaftsgeschichte*, 1, 101-111.
- Marten, H. G. (1983). Sozialbiologismus. Biologische Grundpositionen der politischen Ideengeschichte. Frankfurt a. M./New York: Campus.
- Massin, B. (1999). Anthropologie und Humangenetik im Nationalsozialismus oder: Wie schreiben deutsche Wissenschaftler ihre eigene Wissenschaftsgeschichte? In: Kaupen-Haas, H. & Ch. Saller, Hrsg. (1999), 12-64.
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (2006): Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzes: www.mdk.de/media/pdf/Begutachtungsrichtlinien_screen.pdf. Abruf am: 17.11.2012.
- Mitscherlich, A., Mitscherlich M. (1967). Die Unfähigkeit zu Trauern. München: R. Piper & Co.
- Mühlmann, W. E. (1968). Geschichte der Anthropologie. Bonn/Frankfurt a. M.: Athenäum Verlag.
- Nesse, Randolph M. & Williams, George C.** (1998): Warum wir krank werden. Die Antworten der Evolutionsmedizin. München.

- Niemitz, C.; K. Kreutz & H. Walter (2006). Wider den Rassebegriff in Anwendung auf den Menschen. *Anthropologischer Anzeiger*, 64, 463-464.
- O**lson, S. (2003). *Herkunft und Geschichte des Menschen*. Berlin: Berlin-Verlag.
- Osgood, C. E., May, W. H. & Miron, M. S. (1975). *Cross-Cultural Universals of Affective Meaning*. Urbana: University of Illinois Press.
- P**arkes, C. M. (1974). *Vereinsamung*. Reinbek: Rowohlt.
- Plagemann, Andreas, Dudenhausen, Joachim W. (2008): Weichenstellung im Mutterleib. In: *humboldt spektrum*, 15. Jg., H. 1, S. 410.
- Plagemann, Andreas & Dudenhausen, Joachim W.: Weichenstellung im Mutterleib. Über Perinatale Programmierung und künftige Präventivmedizin. In: *Humboldt-Spektrum*, 1/2008, S. 4-10.
- Platon: *Phaidros* 96 AB. Ref. in: Diels 1934 ff. A. a. O.
- Porter, Roy: *Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute*. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg, Berlin 2003.
- Psalter, Psalm 118/25. In: *Altes Testament*. A. a. O., S. 628.
- Pinkus, L. (1982). ... bis dass der Tod euch scheidet. *Zur Psychologie des Trauerns*. Frankfurt/M, Berlin, Wien: Ullstein.
- Piskorz, J., Tautz, D. (1979). Überwertige Todesangst im Anschluss an das Ableben naher Verwandter. *Wiss. Zeitschrift der Martin-Luther-Universität. Math.-nat. Reihe*, 28 (2), 1-Weber, Karl-Wilhelm (1995): *Alltag im Alten Rom*. Düsseldorf, Zürich.
- Preuß, D.; U. Hoßfeld & O. Breidbach [Hrsg.] (2006). *Anthropologie nach Haeckel*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- R**ädel, K./Scupin, O. (2012). Die Erhebung von Ähnlichkeitsdaten zur Identifizierung von Kognitionsstrukturen am Beispiel der Pflegeübernahme – ein Methodenbeitrag. In: *Pflegewissenschaft*. Heft 03/2012, 159-167.
- Reif, W.-E., T. Junker & U. Hoßfeld (2000). The synthetic theory of evolution: general problems and the German contribution to the synthesis. *Theory in Biosciences*, 119 (1), 41-91.
- Remmers, S. (2009). *Wie der Verlust des Ehepartners bewältigt wird: Eine Längsschnittstudie zur Erfassung des Trauerverlaufs innerhalb des ersten Jahres nach dem Todesereignis*. Göttingen: Cuvillier.
- Rohde, Wolfgang (2000): Funktionelle Teratologie – ein Konzept für die Erforschung der hormon- und umwelt-abhängigen Gehirndifferenzierung und seine Bedeutung für eine neuroendokrine Prophylaxe von Entwicklungsstörungen. In: *Humanontogenetik*, 3. Jg., Heft 1 + 2, S. 13-21.
- Rüster, Detlef (1985): *Alte Chirurgie. Legende und Wirklichkeit*. Berlin.
- Rüster, Detlef (1993): *Der Chirurg*. Leipzig.
- S**aller, K. (1961). *Die Rassenlehre des Nationalsozialismus in Wissenschaft und Propaganda*. Darmstadt: Progress-Verlag.
- Sandmann, J. (1990). *Der Bruch mit der humanitären Tradition. Die Biologisierung der Ethik bei Ernst Haeckel und anderen Darwinisten seiner Zeit*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Saturnus, Jakob; Levin, Max (1999): *Die Griechen in Süditalien*. theo.thg.goe.ni.schule.de/~comen99/griechen.html

- Schaldach, Herbert (Hrsg.) (1973): Zetkin-Schaldach, Wörterbuch der Medizin. Verlag Volk und Gesundheit. Berlin.
- Scheidt, W. (1922). Beiträge zur Geschichte der Anthropologie. Der Begriff der Rasse in der Anthropologie und die Einteilung der Menschenrassen von Linné bis Deniker. Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie 15: 280-306, 383-397.
- Schiefenhövel, Wulf (1994): Krankheit, Altern, Tod. In: Schiefenhövel, Wulf, Vogel, Christian, Vollmer, Gerhard & Opolka, Uwe (Hrsg.): Zwischen Natur und Kultur. Der Mensch in seinen Beziehungen. Stuttgart.
- Schiefenhövel, Wulf (1999): Der Mensch – Mängelwesen oder optimiertes Produkt der Evolution? In: Dörner, Günter, Hüllemann, Klaus-D., Tembrock, Günter, Wessel, Karl-Friedrich & Zänker, Kurt S. (Hrsg.): Menschenbilder in der Medizin – Medizin in den Menschenbildern. Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik, Band 16. Bielefeld.
- Schmidt, R. (2008): Soziale Altenarbeit und ambulante Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger. In: Chassé, K.A. & Wensierski, H.-J. (Hrsg.) (2008): Praxisfelder der Sozialen Arbeit – Eine Einführung. Juventa, Weinheim, 10-12.
- Schmidt, R. (2009): Veränderungen von Pflegearrangements: Neue Pflege- und spezielle Wohnformen. In: Drähter, H.; Jacobs, K. & Rothgang, H. (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. WIdO-Reihe, Kompart-Verlag, Berlin, 301-329.
- Schmidt, R. (2010): Soziale Arbeit in der pflegerischen Versorgung. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 173-183.
- Schulz, A. (2009): Case Management in der Altenhilfe – Wirksamkeit der Hilfen für Pflegebedürftige und Angehörige. Diplomica Verlag, Hamburg.
- Schulz, E. (2009): Wohnen im Alter – Bedeutung, Anpassungserfordernisse, Marktchancen. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Die Lebenslagen Älterer: Empirische Befunde und zukünftige Gestaltungsmöglichkeiten – Jahrestagung 2009 des Forschungsnetzwerks Alterssicherung (FNA) am 29. und 30. Januar 2009 in Berlin, 49-64.
- Schubert, H. (Hrsg.) (2008): Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen – Grundlagen und Beispiele. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Schulz, J. (1996). Zur Entwicklung der Humangenetik – ein kurzer Diskurs unter Verwendung historischer Akten. In: Kleinhempel, F, A. Möbius, H.-U. Soschinka, M. Waßermann [Hrsg.]; Die Biopsychosoziale Einheit Mensch – Begegnungen. Bielefeld: Kleine. 528-532.
- Schulz, J. (1999). Zum Menschenbild in der humangenetischen Beratung und Behandlung. In: Dörner, G., K.-D. Hüllemann, G. Tembrock, K.-F. Wessel, K. Zänker; Menschenbilder in der Medizin – Medizin in den Menschenbildern. Bielefeld: Kleine. 503-507.
- Schulz, J. (2004). Die Entwicklung der Genetik im 20. Jahrhundert. In: Jahn, Ilse [Hrsg.]; Geschichte der Biologie. Hamburg: Nikol. 537-557.
- Schulz, J. (2007). Die Entwicklung der Humangenetik in der DDR. In: Hoßfeld, U. et al. [Hrsg.] (2008); Hochschule im Sozialismus, 1281-1305.
- Schulz, J. & Wiesmann, U. (2008): Editorial. Zur salutogenetischen Denkweise bei der Betrachtung des Menschen. In: Salutogenese. Der Mensch als biopsychosoziale Einheit. 1 (1 + 2), 1-6.
- Schulz, J. (2010). Biologie an der Humboldt-Universität nach 1945. Ihre Entwicklung im Spannungsfeld von Politik und Forschung. In: Tenorth, Heinz-Elmar; Geschichte der Universität unter den Linden 1810-2010, Bd. 6: Selbstbehauptung einer Vision. Berlin: Akademie-Verlag. 583-605.
- Schulz, J. (2009): Mit professionellem Handeln zum positiven Pol? In: Salutogenese. Der Mensch als biopsychosoziale Einheit. 2 (1 + 2), 7-9.
- Schulz, J. & Steinecke, P. (2011 a): Aspekte der Lebensqualität im Alter – Zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Phänomen, Ergebnissen einer Befragung und Perspektiven. In: Wessel, K.-F., Scupin, O.; Diesner, T. & Schulz,

- J. (Hrsg.): Die Dynamik der Pflegewelt. Beiträge der 5. Berliner Pflorgetagung vom 3. und 4. September 2010. Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik, Band 27. Kleine Verlag, Grünwald, 53-72.
- Schulz, J. & Steinecke, P. (2011 b): Alter und Behinderung – Annäherung an eine komplexe Problematik. In: Wessel, K.-F. & Diesner, T. (Hrsg.): Bildungsherausforderung Alter. Möglichkeiten und Ressourcen eines bildungsstrategischen Ansatzes. Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik, Band 28. Kleine Verlag, Grünwald, 93-112.
- Schulz, J. & Steinecke, P. (2011): Alter und Behinderung – Annäherung an eine komplexe Problematik. In: Wessel, K.-F. & Diesner, T. (Hrsg.): Bildungsherausforderung Alter. Möglichkeiten und Ressourcen eines bildungsstrategischen Ansatzes. Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik, Band 28. Kleine Verlag, Grünwald, 93-112.
- Schwidetzky, I. & H. Walter (1969). Humanbiologie in den Lehrplänen der höheren Schulen und in der Ausbildung der Biologen. Eine Dokumentation zur 11. Tagung der Gesellschaft für Anthropologie und Humangenetik, Mainz, 5.-8.10.1969.
- Schwidetzky, I., A. Kandler-Pålsson, R. Knußmann & F. W. Rösing (1992). Biographie. Egon Freiherr von Eickstedt (10.4.1892-20.12.1965). Homo, 31/1, 3-28.
- Scupin, O. (2003). Pflegebedürftigkeit als pflegewissenschaftlich-humanontogenetisches Phänomen in der bundesdeutschen Dorfgemeinschaft „Gilde“ – Der Entwurf einer subjektiven Theorie der Pflegebedürftigkeit. Dissertation der Philosophischen Fakultät IV der HU Berlin, S. 30, 31.
- Selden, S. (1999). Inheriting Shame. The Story of Eugenics and Racism in America. New York – London: Teachers College Press, 22-37.
- Siebert, U. & Kohnen, N. (1997). Untersuchungsmethoden. Clusteranalyse und multidimensionale Skalierung. In: Kohnen, N. (Hrsg.), Kognition – Krankheit – Kultur (Band 1.1). Ethnomedizin. Berlin: Verlag Wissenschaft und Bildung.
- Simon, B.L. (1994): The empowerment tradition in American social work. A History. New York: Columbia Univ. Press (Empowering the powerless).
- Simunek, M. & U. Hoßfeld (2011). Von der Eugenik zur Rassenhygiene – der tödliche Mythos vom „erbgesunden Volk“. Dresdner Hefte, 108, 57-65.
- Simunek, M.; U. Hoßfeld, F. Thümmel & O. Breidbach [eds.] (2011). THE MENDELIAN DIOSKURI. Correspondence of Armin with Erich von Tschermak-Seysenegg, 1898-1951. Studies in the History of Sciences and Humanities, Vol. 27, Praha: Verlag von Pavel Mervat.
- Simunek, M.; U. Hoßfeld, O. Breidbach & M. Mueller [eds.] (2010). Mendelism in Bohemia und Moravia, 1900-1930. Collection of Selected Papers. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Speck, O. (19999): Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. Ein heilpädagogisches Lehrbuch. Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Speck, O. & Theunissen G. (20012): Verhaltensauffälligkeiten – Ausdruck von Selbstbestimmung? Wegweisende Impulse für heilpädagogische, therapeutische und alltägliche Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Fachtagung in Halle (Saale) im Dezember 1999. Klinkhardt, Bad Heilbrunn.
- Spiegel-Rösing, I. & I. Schwidetzky [Hrsg.] (1982). Maus und Schlange. Untersuchungen zur Lage der deutschen Anthropologie. München/Wien: R. Oldenbourg.
- Spiegel, Y. (1973). Der Prozess des Trauerns. München: Chr. Kaiser Verlag.
- Spiegel-Rösing, I. (1982). Einleitung. Problemsignale. Der Ausgangspunkt der Untersuchung. In: Spiegel-Rösing, I. & I. Schwidetzky, Hrsg. (1982), 5-29.
- Stagl, J. & W. Reinhard [Hg.] (2005). Grenzen des Menschseins. Probleme einer Definition des Menschlichen. Wien: Böhlau.

- Stark, W. (1996): Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Statistisches Bundesamt (2006): Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung: www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Bevoelkerungsentwicklung/bevoelkerungsprojektion2050,property=file.pdf. Abruf am: 17.11.2012.
- Statistisches Bundesamt (2008). Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009): Lebenserwartung in Deutschland - Durchschnittliche und fernere Lebenserwartung nach ausgewählten Altersstufen: www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/Tabellen/Content50/LebenserwartungDeutschland,templateId=renderPrint.psm1. Abruf am: 17.11.2012.
- Statistisches Bundesamt (2011). Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt: Lebenserwartung in Deutschland - Durchschnittliche und fernere Lebenserwartung nach ausgewählten Altersstufen: www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/Tabellen/Content50/LebenserwartungDeutschland,templateId=renderPrint.psm1. Abruf am: 17.11.2012.
- Statistisches Bundesamt: 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung: www.destatis.de/bevoelkerungspyramide. Abruf am: 17.11.2012.
- Stengel von Rutkowski, L. (1935). Historische Genealogie oder züchterische Familienkunde. Volk und Rasse, 10 (2), 41-49.
- Stiftung Warentest (2006): Späte Bleibe: www.test.de/filestore/t200010092.pdf?path=/protected/36/32/c1d9b704-9862-401b-b325-b95325d55676-protectedfile.pdf&key=78A7866406311643BD832D0B204DCFF01725E4BA. Abruf am: 17.11.2012.
- Stiehr, K. (2004): Lebenslagen älterer Menschen. In: Frevel, B. (Hrsg.): Herausforderung demografischer Wandel. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 89-102.
- Stiehr, K. & Spindler, M. (2006): Lebensbedingungen von Frauen 50plus in Europa. Ergebnisse einer Sekundäranalyse in zwölf westeuropäischen Ländern. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39 (1), 5-12.
- Stoczkowski, W. (2002). Explaining Human Origins: Myth, Imagination and Conjecture. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schweppe, Cornelia (2005): Alter und Soziale Arbeit – Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder, Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler.
- Tattersall, I. (1995). The Fossil Trail: How We Know What We Think We Know About Human Evolution. Oxford: Oxford University Press.
- Tekstra, C. & Gesche-Sieling, K. (2009): Alternative Wohnformen im Alter. In: Strupeit, S. & Fleischmann, N. (Hrsg.): Pflegewissenschaftliche Schriften – Bremer Beiträge zur Berufspädagogik, Klinischen Pflegeexpertise und Familien- und Gesundheitspflege. Books on Demand GmbH, Norderstedt, 115-139.
- Teller, M. (2003): Controlling zur Evaluation und Steuerung in Netzwerken. <http://www.netzwerk-kompetenz.de/download/controlling.pdf>. Abruf am: 17.11.2012.
- Tembrock, G. (1987): Verhaltensbiologie und Humanwissenschaften. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Reihe, Biopsychosoziale Einheit Mensch. 36 (7), 576
- Theophrast: Von den Sinneswahrnehmungen. Ref. in: Diels 1934 ff. A. a. -O. S. 26.

- Tesch-Römer, C.; Engstler, H. & Wurm, S. (2006): Altwerden in Deutschland – Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Theunissen, G. (2001): Verhaltensauffälligkeiten, Ausdruck von Selbstbestimmung? Wegweisende Impulse für heilpädagogische, therapeutische und alltägliche Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Klinkhardt, Bad Heilbrunn/Obb.
- Theunissen, G. (2002 a): Altenbildung und Behinderung. Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- und geistig behindert gelten. (Heilpädagogische Handlungsfelder in Schule und sozialer Arbeit). Klinkhardt, Bad Heilbrunn/Obb.
- Theunissen, G. (2002 b): Behindertenarbeit im Zeichen einer Umorientierung. Inclusion, Partizipation und Empowerment. In: Soziale Arbeit. 51 (10/11), 362-370.
- Theunissen, G. (2007): Empowerment behinderter Menschen. Inklusion – Bildung
Heilpädagogik – Soziale Arbeit. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Theunissen, G. (20092): Empowerment und Inklusion behinderter Menschen.
Eine Einführung in Heilpädagogik und Soziale Arbeit. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Thomae, H. (1988). Das Individuum und seine Welt. Eine Persönlichkeitstheorie. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Thomann, K.-D. & W. F. Kümmel (1995). Naturwissenschaft, Kapital und Weltanschauung.
Das Kruppsche Preisausschreiben und der Sozialdarwinismus. *Medizinhistorisches Journal* , 30,
1. Teil (H. 2, 99-143), 2. Teil (H. 3, 205-243), 3. Teil (H. 4, 315-352).
- Török, A. von (1890). Grundzüge einer vergleichenden Kraniometrie: Methodische Anleitung zur kraniometrischen Analyse der Schädelform für die Zwecke der physischen Anthropologie, der vergleichenden Anatomie sowie für die Zwecke der medizinischen Disziplinen und der bildenden Künste. Stuttgart.
- UNO** (1994): The Standard Rules on Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities, United Nations <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=26>. Abruf am: 17.11.2012.
- UNO (2006): Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) vom 13.12.2006. Resolution 61/106 der Generalversammlung der UNO. In Kraft getreten am 03.05.2008.
- Varela**, F. J. (1990). Kognitionswissenschaft – Kognitionstechnik. Eine Skizze aktueller Perspektiven. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Verschuer, O. v. (1944). 10 Jahre Rassenpolitisches Amt. *Der Erbarzt*, H. 3/4, 54.
- Vogel, Ch. (1967). Anthropologie im Spannungsfeld von „ätiologischer“ und „typologisch-historischer“ Forschungsweise. *Homo*, 18 (1), 1-13.
- Voges, W.& Zinke, M. (2010): Wohnen im Alter. In: Aner, K.; Karl, U. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*, VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. 301-308.
- Vortmann, M. (2001): *Freiwilliges Engagement älterer Menschen – Handlungsbedarf und Förderstrategien*, LIT Verlag, Münster.
- Watson**, J. D. (1997). Leichte Schatten über Berlin. Die Deutschen und ihre Genetiker:
Anmerkungen eines amerikanischen Genetikers. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 19. Juli 1997, Nr. 165.
- Weber, Karl-Wilhelm (1995): *Alltag im Alten Rom*. Düsseldorf, Zürich.
- Weindling, P. J. (1989). *Health, race, and German politics between national unification and Nazism, 1870-1945*. Cambridge – New York: CUP.

- Weingart, P., J. Kroll & K. Bayertz [Hrsg.] (1992). Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 99-100.
- Weischedel, W. (1977). Skeptische Ethik. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Weisemann, K., H.-P. Kröner & R. Toellner [Hrsg.] (1997). Wissenschaft und Politik – Genetik und Humangenetik in der DDR (1949-1989): Dokumentation zum Arbeitssymposium in Münster, 15.-18.03.1995. Münster: LIT-Verlag.
- Weß, L. (1989). Die Träume der Genetik. Gentechnische Utopien von sozialem Fortschritt. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
- Wessel, K.-F. (1991): Herausforderungen und Perspektiven der Erforschung des Menschen – einführende Bemerkungen zum Projekt "Biopsychosoziale Einheit Mensch – Struktur und Prozess der Persönlichkeitsentwicklung". In: Wessel, Karl-Friedrich, Hegel, Ralf-D. & Kleinhempel, Friedrich (Hrsg.): Der Mensch als biopsychosoziale Einheit. Berlin. S. 5-19.
- Wessel, K.-F. (Hrsg.), Förster, Wolfgang & Jacobi, Rainer-M. E.: Herkunft, Krise und Wandlung der modernen Medizin. Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik, Band 3. Kleine Verlag, Bielefeld 1994.
- Wessel, K.-F. (1998): Humanontogenetik – neue Überlegungen zu alten Fragen. Humanontogenetik, 1. Jg., Heft 1, S. 17-40. www.krol.it/magnagre/fazzolar/alcmeone.htm
- Wessel, K.-F. (2001). Humanontogenetische Überlegungen zur Pflegewissenschaft. In: Zeitschrift für Humanontogenetik, Heft 1/2001, S. 22-26.
- Wessel, K.-F. (2002): Die Humanontogenetik: ihr Gegenstand, ihr Ziel. In: Zeitschrift für Humanontogenetik. 5 (1), 9-16.
- Wessel, K.-F. (2007). Der souveräne Mensch – Souveränität in der Humanontogenese. In: Wessel, K.-F. (Hrsg.): Die Zukunft der Bildung und die Bildung für die Zukunft. Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik, Bd. 23. Bielefeld: Kleine Verlag, S. 93-101.
- Wessel, K.-F. (2011): Die Dynamik des Verhältnisses von Pflege und Zivilisation. In: Wessel, K.-F., Scupin, O.; Diesner, T. & Schulz, J. (Hrsg.): Die Dynamik der Pflegewelt. Beiträge der 5. Berliner Pflgeetagung vom 3. und 4. September 2010. In: Wessel, K.-F., Scupin, O.; Diesner, T. & Schulz, J. (Hrsg.): Die Dynamik der Pflegewelt. Beiträge der 5. Berliner Pflgeetagung vom 3. und 4. September 2010. Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik, Band 27. Kleine Verlag, Grünwald, 13-21.
- WHO (2001): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). World Health Organization. Online verfügbar unter <http://www.who.int/classifications/icf/en/>. Abruf am: 17.11.2012.
- Wohlgemuth, Walter A. & Freitag, Michael H. (Hrsg.): Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009.
- WohnBund-Beratung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2008): Neue Wohn- und Lebensformen im Alter – Ergebnisse einer Befragung von Kommunen in NRW: http://wohnbundberatung-nrw.de/download/63Befragungsergebnisse_Seminar.pdf. Abruf am: 17.11.2012.
- Wolpoff, M. & R. Caspari (1997). Race and Human Evolution. New York: Simon & Schuster.
- Woltmann, L. (1906). Anhänger und Gegner der Rassetheorie. Politisch-anthropologische Revue, V (5), 257-268.
- Zeman, P. (1997). Häusliche Pflegearrangements. Interaktionsprobleme und Kooperationsperspektiven von lebensweltlichen und professionellen Hilfesystemen. In: Braun, U./Schmidt, R. (Hrsg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Transfer Verlag: Regensburg, S. 97-112.
- Ziller, H. (2006): Altenhilfestrukturen der Zukunft – neue Wohnformen im Alter. In: Psychotherapie im Alter. 3 (3), 87-95.

Zimmermann, S., M. Eggers & U. Hoßfeld (2001). Pioneering research into smoking and health in Nazi Germany: The „Wissenschaftliches Institut zur Erforschung der Tabakgefahren“ in Jena. *International Journal of Epidemiology*, 30, 35-37.

Zinserling, Gerhard (1988): *Abriss der griechischen und römischen Kunst*. Leipzig.

Autoren

Beate Augustin

Sozialpädagogin | Bereichsleitung | Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung | Regens Wagner München

Jörg Augustin, Dr. med.

Facharzt für Allgemeinmedizin | Mitglied des Beirats der Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung | Aschheim bei München

Martina Apel, BA (FH)

Sozialarbeiterin | EAH Jena

Arlett Findeis

Dipl.-Sozialpädagogin (FH) | Zentrum für Seelische Gesundheit Jena | Beraterin in der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle

Uwe Hoßfeld, Prof. Dr.

Friedrich-Schiller-Universität Jena | Leiter der Arbeitsgruppe Biologie-Didaktik

Siegfried Jablonski, Dr.

Gesellschaft für Humanontogenetik Berlin

Friedrich Kleinhempel, Dr.

Prinzipal | Thurneysser-Verlag Berlin/Basel

Henrike Köber, MSc.

Köber Seniorenwohnen Bürgel | Stellvertretende Leiterin

Katharina Rädcl

Dipl.-Pflegerin | EAH Jena | FB Sozialwesen

Jörg Schulz, Prof. Dr.

EAH Jena | Prodekan des Fachbereiches Sozialwesen

Olaf Scupin, Prof. Dr.

EAH Jena | Direktor des Institutes für Coaching & Organisationsberatung

Karl-Friedrich Wessel, Prof. Dr.

Humboldt-Universität zu Berlin | Leiter des Projektes Humanontogenetik

Abbildungen

Die wichtigsten Einkommensquellen von Menschen ab 65 Jahren (BMFSFJ 2005, 135).....	18
Haushaltszusammensetzungen der 65-Jährigen und älteren Menschen (Voges, Zinke, 302).....	19
Kontakthäufigkeit von Menschen zwischen 70 und 85 Jahren zu einem ihrer Kinder (BMFSFJ 2005, 183).....	21
Verhältnis von Alten-/Pflegefachkräften zu Diplom-Sozialarbeitern in der Altenpflege (BMFSFJ 2002, 232).....	28
Rahmenbedingungen für lokale Netzwerkarbeit (Quelle: AWO Bundesverband 2004: 29) © Dirk Groß, ISS	49
Bedarf an Netzwerk Demenz.....	52
Bedarf an Netzwerk Demenz insgesamt.....	53
Betrachtungsebenen zum Gegenstand der Pflegeübernahmen (Entwurf 2)	68
Leben und Sterben	97
Die Familiengruppe der Katarrhinen. Ernst Haeckel: Natürliche Schöpfungsgeschichte, Berlin 1868.....	124
Huxley, Thomas Henry, Zeugnisse für die Stellung des Menschen in der Natur, Friedrich Vieweg und Sohn, Braunschweig, 1863, 14, die Anthropomorpha Linnés.....	128
Haeckel, Ernst, Anthropogenie oder Entwicklungsgeschichte des Menschen. Gemeinverständliche wissenschaftliche Vorträge über die Grundzüge der menschlichen Keimes- und Stammes-Geschichte, Verlag von Wilhelm Engelmann, Leipzig, 1874, Tafel XI, Entwicklungsgeschichte des Menschen (1. Schimpanse; 2. Gorilla; 3. Orang; 4. Neger), Hausbestand.....	128
Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie, München/Berlin 1939/40, Titelseite Dunn/Dobzhansky, Stuttgart.....	131
Broschüre zur Reichs-Gesundheitswoche 1926.....	134
Sonderabdruck aus Rasse und Krankheit, München 1937.....	137
Sippschaftstafel nach Karl Astel, 1933.....	139

inmitten

Schriftenreihe der Stiftung
Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

Band 1

Die Entwicklung
des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost
in Theorie und Praxis

Band 2

Rehabilitation und Pflege
im Spannungsfeld
von Entwicklung und Tod