

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

empfiehlt diese Bachelor-Arbeit

besonders zur Lektüre!

Suizidalität im Alter

Verhindern – oder nicht verhindern?

**Eine ethische Herausforderung für
Sozialarbeitende**



Bachelorarbeit der
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Rahel Hofer
Deborah Weber

Januar 2010

Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Thematik der Suizidalität im Alter und der daraus entstehenden ethischen Herausforderung für die Soziale Arbeit.

Für die Soziale Arbeit entsteht im beruflichen Kontakt mit suizidwilligen älteren Menschen ein ethisches Dilemma. Auf der einen Seite hat der Mensch ein Selbstbestimmungsrecht, welches ein Grundrecht ist. Auf der anderen Seite ist die Fürsorge eine zentrale Aufgabe der Profession. Die Autorinnen gelangen aufgrund einer Reflexion über die beiden Begriffe auf dem Hintergrund der Professionsethik zum Schluss, dass es die Pflicht der Sozialen Arbeit ist, fürsorglich zu handeln und die Erfüllung der menschlichen Bedürfnisse ins Zentrum zu stellen. Diese eindeutige Position ist in der Praxis jedoch keinesfalls klar. In Situationen, in denen die Bedürfnisse eines Menschen nicht mehr erfüllt werden können, stellt sich der Sozialen Arbeit die Frage, wie fürsorgliches Handeln definiert wird.

Vorgängig behandeln die Autorinnen in einem ausführlichen Teil die Lebensphase Alter, welche aufzeigt, dass das Bild über das Alter in der Gesellschaft vorwiegend negativ geprägt ist und ältere Menschen mit Vorurteilen konfrontiert werden. Anhand der Suizidtheorien wird deutlich, dass die Gründe für einen Alterssuizid multikausal sind. Dementsprechend sind sie nicht nur auf der individuellen, sondern auch auf der gesellschaftlichen Ebene zu suchen.

Den Abschluss dieser Arbeit bildet eine Reihe von präventiven Überlegungen, was die Soziale Arbeit auf der Makro-, Meso- und Mikroebene dazu beitragen kann, damit ein Suizidwunsch erst gar nicht entsteht.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Glossar

Vorwort

1. Einleitung	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Ziel der Arbeit	2
1.3 Adressaten und Adressatinnen.....	2
1.4 Fragestellungen.....	2
1.5 Aufbau der Bachelorarbeit	2
1.6 Begrifflichkeiten – Abgrenzung	3
2. Demografische Entwicklung	5
2.1 Altersaufbau der Bevölkerung	5
2.2 Ursachen des demografischen Wandels	6
2.3 Demografische Einflussfaktoren	7
2.4 Zukunftsprognosen.....	8
3. Bedingungen des Alters	10
3.1 Der Beginn des Alters.....	10
3.2 Alter als soziale Konstruktion.....	12
3.3 Alterstheorien	14
3.3.1 Das Defizit-Modell.....	14
3.3.2 Theorien des erfolgreichen Alterns – Aktivität, Disengagement und Kontinuität.....	15
3.3.3 Theorien der subjektiven Entwicklung	18
3.3.4 Das Konzept der Entwicklungsaufgaben	19
3.4 Altersbilder	20
3.4.1 Stereotypen und Vorurteile.....	21
3.4.2 Altersbilder früher und heute	22
3.5 Gesellschaftliche Altersbilder	23
3.5.1 Befürchtungen im Hinblick auf das Alter.....	25
3.5.2 Hoffnungen im Hinblick auf das Alter	26
3.6 Das Altersbild in den Medien	26
3.7 Das Selbstbild älterer Menschen	28
3.7.1 Die „self-other“ - Diskrepanz	28
3.7.2 Selbstbild und Fremdbild älterer Menschen	28
4. Erklärungsansätze für Suizidalität im Alter	30
4.1 Epidemiologie	30
4.2 Suizidtheorien.....	34
4.2.1 Soziologischer Ansatz nach Emile Durkheim	34
4.2.2 Biologischer Erklärungsansatz	36

4.2.3	psychologisch/psychiatrische Erklärungsansätze.....	36
4.2.4	Multimodales Erklärungsmodell.....	41
4.3	Einflussfaktoren auf die Alterssuizidalität.....	44
4.3.1	Psychische Erkrankungen.....	45
4.3.2	Körperliche Erkrankungen.....	46
4.3.3	Soziale Bedingungen	47
4.3.4	Kritische Lebensereignisse	48
4.3.5	Geschlecht.....	51
4.4	Bilanzsuizid – „gesellschaftlich erwünscht“?	51
4.5	Zusammenhang zwischen Alter und Suizid	53
5.	<i>Ethische Bewertung des Alterssuizids.....</i>	57
5.1	Ethik und Moral.....	57
5.2	Das Wertgebäude der Sozialen Arbeit.....	57
5.2.1	Theoretische Ebene	58
5.2.2	Normative Ebene	59
5.2.3	Ebene des Handlungskontextes.....	60
5.3	Definition Sozialer Arbeit und Alterssuizid.....	61
5.4	Dilemma, Autonomie versus Fürsorge.....	63
5.5	Reflexion und Beantwortung der Hauptfrage	67
5.6	Die Position der Sozialen Arbeit aus berufsethischer Sicht.....	69
6.	<i>Konsequenzen für die Soziale Arbeit.....</i>	71
	<i>Literaturverzeichnis</i>	74
	<i>Anhang.....</i>	78

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Altersaufbau der Bevölkerung (Quelle: BFS, 2008)	5
Abbildung 2:	Prognose Lebenserwartung (Quelle: BFS, 2006, S.20f)	8
Abbildung 3:	Gesellschaftliche Sichtweisen zum Alter, eigene Darstellung (Quelle: Roux et al., 1994, zit. in Stuckelberger & Höpflinger, 2000, S.64f, Pohlmann, 2004, S.97)	24
Abbildung 4:	Befürchtungen in Anbetracht des Alters (Quelle: Roux et al., 1994, zit. in Stuckelberger & Höpflinger, 2000, S.67)	25
Abbildung 5:	Hoffnungen angesichts des Alters (Quelle: Roux et a., 1994, zit. in Stuckelberger & Höpflinger, 2000, S. 66f)	26
Abbildung 6:	Mortalitätsraten der Suizide von 1970 bis 2004. (Quelle: BFS, 2008, S.53)	31
Abbildung 7:	Suizidraten der Frauen (Quelle: BFS, 2008, S.54)	32
Abbildung 8:	Suizidraten der Männer (Quelle: BFS, 2008, S.55)	32
Abbildung 9:	Transaktionales Modell zur Erklärung des Alterssuizids. (Quelle: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2008, S.15) vereinfachte Version	41
Abbildung 10:	Einflussfaktoren auf die Suizidalität im Alter (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Hirsch et al., 2002, S.23)	44

Glossar

Mortalität

Mortalität bedeutet Sterblichkeit bzw. das Verhältnis der Anzahl der Sterbefälle zum Durchschnittsbestand der Bevölkerung. (Helmut Hildebrandt, 1994, S.992)

Baby-Boom

Als „Baby-Boomer“ werden die Menschen bezeichnet, die in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg bis Mitte der 1960er Jahre geboren wurden. In diesen Jahren verzeichneten viele Länder eine ungewöhnliche Zunahme von Geburten, weshalb diese Generation als „Baby-Boom“ - Generation bezeichnet wird. (Pasqualina Perrig-Chiello, François Höpflinger & Christian Suter, 2008, S.47)

Demografie

Demografie bezeichnet die wissenschaftliche Untersuchung der Grösse und Zusammensetzung der Bevölkerung sowie deren räumliche Verteilung und Entwicklung. (Erwin Carigiet, Ueli Mäder & Jean-Michel Bonvin, 2003, S.68)

Epidemiologie

Das Wort stammt aus dem Griechischen „epidemios“ und bedeutet „über das Volk verbreitete Krankheit“. Die Epidemiologie ist die Lehre von der Entstehung, Verbreitung und Bekämpfung von ansteckenden und nicht ansteckenden (auch psychischen) Krankheiten und ihren psychischen, sozialen und verhaltensbedingten Entstehungs-, Ausbreitungsbedingungen. (Friedrich Dorsch, 2009, S.270)

Integrität

Unversehrtheit, Makel-/Tadellosigkeit. (Dorsch, 2009, S.474)

Stereotyp

Mentale Bilder über soziale Gruppen in Form von Vorstellungen entweder über die für eine Gruppe typischen Eigenschaften oder über die Verteilung und Ausprägung gewisser Eigenschaften innerhalb dieser Gruppe und/oder in Form subjektiver Wahrscheinlichkeiten, dass eine konkrete Person als Vertreter dieser sozialen Gruppe bestimmte Eigenschaften aufweist. (Sigrun-Heide Filipp & Anne-Kathrin Mayer, 1999, S.56)

Vorwort

Jedes Jahr sterben nach Angabe des Bundesamtes für Gesundheit in der Schweiz zwischen 1'300 und 1'400 Menschen durch Suizid. Damit weist die Schweiz im internationalen Vergleich eine überdurchschnittlich hohe Suizidrate auf. (BFG, 2004) Hinter jeder einzelnen Zahl verbirgt sich eine persönliche Tragödie, welche neben dem unmittelbaren Umfeld oft auch die Mitmenschen betroffen macht. Das Ausmass der Bestürzung hängt jedoch wesentlich vom Alter der Person ab, die freiwillig aus dem Leben geschieden ist. Während ein Alterssuizid gesellschaftlich oft einfach zur Kenntnis genommen wird und kaum Bestürzung auslöst, macht der Suizid eines jungen Menschen viel mehr betroffen (Martina Hirzel-Wille, 2002, S.23). Dieses in der Literatur mehrfach beschriebene Phänomen hat uns dazu bewogen, uns vertiefter mit diesem Thema zu beschäftigen und damit dem Alterssuizid mehr Gewicht und Aufmerksamkeit beizumessen. Umso mehr, als Professionelle der Sozialen Arbeit in verschiedenen Tätigkeitsfeldern beschäftigt sind, in denen sie in Berührung mit älteren Menschen kommen. Nicht nur die Pro Senectute oder die Altersheime als altersspezifische Institutionen, sondern auch die polyvalenten Sozialdienste und die Sozialarbeitenden in Psychiatrien, Spitälern usw. werden aufgrund der demografischen Entwicklung in Zukunft vermehrt mit älteren Menschen arbeiten.

Während mehrerer Monate haben wir uns intensiv mit der Thematik auseinandergesetzt und neben den Schreibarbeiten zahlreiche Diskussionen zum Thema Alter, Sterben und Suizid geführt. Das Ergebnis dieses Prozesses ist einerseits die vorliegende Bachelorarbeit. Andererseits hat die Beschäftigung mit dem Themenbereich zu einer persönlichen Sensibilisierung bezüglich des Alters geführt und den Wunsch nach einer weiterführenden Beschäftigung mit der Altersthematik geweckt.

Mehrere Personen haben uns in verschiedener Weise unterstützt. Besonders zu Dank verpflichtet sind wir Herrn Beat Schmocker für seine wertvollen Hinweise bei der Auseinandersetzung mit der Professionsethik. Unser Dank gilt auch unseren Familien und Freunden, die uns durch ihr Interesse an unserem Thema sehr motiviert haben. Die Diskussionen um das Thema Alter und Alterssuizid führen wir gerne weiter.

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit behandelt die Thematik der Suizidalität im Alter und die damit verbundene berufsethische Auseinandersetzung. Im Folgenden wird die Ausgangslage dargestellt, das Ziel der Arbeit formuliert sowie die zentralen Fragen geklärt. Weiter werden einige Begrifflichkeiten erläutert und die Abgrenzung des Themas festgelegt.

1.1 Ausgangslage

Wir leben in einem Zeitalter, in dem sich ein vielfach beschriebener Menschheitstraum erfüllt hat: Immer mehr Menschen erreichen ein hohes und verglichen mit früheren Jahrzehnten ein gesundes Lebensalter. Dieser demografische Wandel zeichnet sich seit vielen Jahren ab und ist eine Errungenschaft der Industrialisierung (Stuckelberger & Höpflinger, 2002, S.28). Die zusätzlich gewonnenen Lebensjahre nach der Pensionierung schaffen Möglichkeiten zur persönlichen Entfaltung. Viele ältere Menschen erfüllen sich in diesem Lebensabschnitt Träume, die durch das Eingebundensein im Berufsleben nicht umgesetzt werden konnten. Sie reisen, widmen sich engagiert ihren Hobbys oder pflegen ihre Beziehungen zu Freunden und zur Familie. Die Lebensphase Alter – eine grosse Chance?!

Nicht alle älteren Männer und Frauen erleben jedoch das Alter als gewinnbringende Lebensphase. Alterstypische Lebensereignisse wie beispielsweise die Verwitwung können dazu führen, dass der alte Mensch „lebensmüde“ wird und sich entscheidet, sein Leben zu beenden. Tatsache ist, dass Suizide von älteren Menschen in den letzten Jahren stark zugenommen haben. Gemäss Bundesamt für Statistik betraf im Jahr 2003 jeder dritte Suizid einen Menschen älter als 65 Jahre. Dabei begehen Männer deutlich häufiger Suizid als Frauen (BFS, 2008, S.53). Angesichts der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen „Alterung“ der Gesellschaft wird erwartet, dass sich diese Tendenz noch verstärken wird. Diese besorgniserregende Entwicklung findet wenig Beachtung in der Gesellschaft. Der Suizid älterer Menschen bleibt im Verborgenen und begegnet einem weit verbreiteten Desinteresse (Teising, 1992a, zit. in Svenja Plitt, 2006, S.9). Die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession wird aufgrund ihrer Arbeit mit älteren Menschen jedoch zunehmend mit der Suizidthematik konfrontiert.

„Suizidalität im Alter, verhindern oder nicht verhindern?“ Der etwas plakative Titel der vorliegenden Arbeit schafft den Eindruck, dass die Profession Sozialer Arbeit die Macht hat, einen Suizid zu verhindern. Dass dies nicht immer der Fall ist, versteht sich von selbst. Vielmehr geht es den Autorinnen darum, der Leserschaft aufzuzeigen, dass es sich diesbezüglich um ein ethisch brisantes Thema handelt und dass sich die Soziale Arbeit mitten in einem ethischen Dilemma befindet. Die Sozialarbeitenden sind gefordert, die zwei grundlegenden Prinzipien - die Selbstbestimmung und die Fürsorge - gegeneinander abzuwägen und sich somit berufsethisch zu positionieren.

1.2 Ziel der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist es demnach, interessierte Personen, vor allem aber Professionelle der Sozialen Arbeit hinsichtlich des Alterssuizides zu informieren und zu sensibilisieren. Sozialarbeitende sollen angeregt und motiviert werden, sich ethisch mit der Thematik auseinanderzusetzen.

1.3 Adressaten und Adressatinnen

Mit dieser Arbeit wenden sich die Autorinnen in erster Linie an Professionelle der Sozialen Arbeit, welche mit älteren Menschen arbeiten. Angesprochen sind auch alle interessierten Führungskräfte und Mitarbeitenden von sozialen Institutionen wie auch Studenten und Studentinnen, Dozenten und Dozentinnen, welche sich mit dieser Thematik auseinandersetzen möchten.

1.4 Fragestellungen

Die Autorinnen lassen sich von folgender Hauptfrage leiten:

Wie positioniert sich die Soziale Arbeit hinsichtlich des Alterssuizids aus berufsethischer Sicht und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Praxis?

Um diese Frage differenziert beantworten zu können, befasst sich die Arbeit hauptsächlich mit drei weiteren Unterfragen:

1. Was bedeutet das Altern in unserer heutigen Gesellschaft?
2. Welche Erklärungsansätze für den Alterssuizid sind in der Literatur vorhanden?
3. Mit welchen ethischen Überlegungen muss sich die Soziale Arbeit bezüglich des Alterssuizids auseinandersetzen?

1.5 Aufbau der Bachelorarbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in fünf Teile. Kapitel 2 und 3 führen den Leser, die Leserin in die Lebensphase Alter ein. Nach einem Exkurs zur demografischen Entwicklung werden die wichtigsten Alterstheorien vorgestellt. Das Kapitel 3 befasst sich weiter mit Altersbildern und der Stellung, die ältere Menschen in unserer Gesellschaft haben. Damit wird die erste Teilfrage „Was bedeutet das Altern in unserer heutigen Gesellschaft?“ geklärt. Diesen beiden Kapiteln wird viel Platz eingeräumt, da sie wichtige Basisinformationen für die Auseinandersetzung mit der Suizidalität im Alter enthalten.

Kapitel 4 dient der ausführlichen Information über die relevanten Suizidtheorien. Es vermittelt Informationen zur epidemiologischen Entwicklung des Alterssuizids und erläutert ausgewählte

Theorien und Modelle zur Entstehung von suizidalem Verhalten. Weiter beschäftigt sich das Kapitel mit den Gründen, welche zu einem Alterssuizid führen können, womit die zweite Teilfrage beantwortet wird. Schliesslich werden einige Zusammenhänge zwischen den Altersbildern bzw. Alterstheorien und den Suizidtheorien hergestellt.

Im fünften Kapitel werden die ethischen Grundlagen der Profession Sozialer Arbeit vorgestellt, um auf dieser Grundlage das Dilemma zu erörtern, welches bei einem Alterssuizid aus berufsethischer Sicht entsteht. Es wird der Frage nachgegangen, mit welchen ethischen Überlegungen sich Professionelle auseinandersetzen müssen, wenn sie mit dem Thema Alterssuizid konfrontiert werden. Damit wird die dritte Teilfrage sowie der erste Teil der Hauptfrage, wie sich die Soziale Arbeit gegenüber dem Alterssuizid aus berufsethischer Sicht positioniert, beantwortet.

Abschliessend zeigen die Autorinnen im Kapitel 6 die Konsequenzen für die Praxis auf, welche sich aus der Diskussion mit dem ethischen Dilemma ergeben. Der Schlussteil beinhaltet somit den zweiten Teil der unter Kapitel 1.4 gestellten Hauptfrage.

1.6 Begrifflichkeiten – Abgrenzung

Da es sich beim Suizid um ein komplexes Phänomen mit unterschiedlichen Erscheinungsformen handelt, beschäftigen sich verschiedenste Fachdisziplinen mit dieser Thematik. Dies hat zur Folge, dass durch unterschiedliche Schwerpunkte und Differenzierungen in der Terminologie einheitliche Begrifflichkeiten, welche suizidale Verhaltensweisen in allgemein anerkannter Form klassifizieren würden, nicht vorhanden sind. (Manuel Greune, 2007, S.7) Die Fachliteratur kennt unterschiedliche Begriffe hinsichtlich eines Suizids. So wird von Freitod, Selbstmord oder Selbsttötung gesprochen.

Der Begriff „Selbsttötung“ wird von vielen Autoren und Autorinnen verwendet, weil er wertfreier ist als die Bezeichnung „Selbstmord“. Sprachlich ist er jedoch schlechter zu handhaben, wenn beispielsweise vom „Selbsttöter“ gesprochen wird. (Christine Swientek, 2008, S.27)

Der umstrittenste Begriff ist der des „Freitodes“. Er beinhaltet die Frage, wie frei der Mensch ist oder sein kann, seinem Leben ein Ende zu setzen. Die Freiheit besteht in der Wahl von Form und Zeitpunkt des eigenen Todes. Die heftigsten Verfechter der Freiheit in der Selbstbeendigung des Lebens waren Friederich Nietzsche (1844 - 1900) und 100 Jahre später Jean Améry, welcher 1976 das Buch „Hand an sich lege“ schrieb. Er war der Auffassung, dass jeder geistig und seelisch Gesunde das Recht auf Selbstbestimmung seines Todes hat, ohne nachträglich als krank etikettiert zu werden. (Swientek, S.27)

In der Literatur, insbesondere in der Wissenschaft, wird mehrheitlich der Begriff „Suizid“ benutzt. Er stammt vom Lateinischen „sui caedere“ und bedeutet „sich selbst töten“. Er beschreibt

einen Sachverhalt ohne Bewertung, distanziert und wissenschaftlich. (Martin Teising, 1992, S.10)

Obwohl die unterschiedlichen Begrifflichkeiten verschiedene moralische und ethische Bewertungen beinhalten, meinen sie schliesslich dasselbe. So werden in der vorliegenden Arbeit die Begriffe „Suizid“ und „Selbstmord“ synonym verwendet.

Ebenfalls werden die Begriffe „alter Mensch“ und „älterer Mensch“ gleichwertig behandelt und der Beginn des Altseins wird mit der Pensionierung definiert.

Die Thematik des Alterssuizids ist eng mit der Sterbehilfe verknüpft, die aktuell erneut im Brennpunkt politischer Diskussionen steht. Obwohl die Hintergründe eines Alterssuizids durch eine Sterbehilfeorganisation die gleichen sein können, haben die Autorinnen in ihrer Arbeit die Sterbehilfe bewusst ausgeklammert. Die ethischen Fragen, die sich bei der Sterbehilfe stellen, sind andere als im Kontext dieser Bachelorarbeit. Um dem Thema wirklich gerecht werden zu können, müsste eine weitere Arbeit ausschliesslich dieser Thematik gewidmet sein.

2. Demografische Entwicklung

In regelmässigen Abständen tauchen in den Medien Schlagwörter auf wie „Altersexplosion“ oder „Überalterung der Gesellschaft“ und ebenso wurde in der Vergangenheit öffentlich darüber diskutiert, ob die AHV-Renten zu hoch seien oder ob die Alten auf die Kosten der Jungen leben würden. Meist stehen diese medialen Inszenierungen im Zusammenhang mit Kostenpunkten wie zum Beispiel den Sozialgeldern der AHV oder mit den steigenden Gesundheitskosten. Den Diskussionen liegt oft unterschwellig die Frage zugrunde: Haben wir zu viele alte Menschen in unserem Land?

Tatsächlich hat sich die altersmässige Zusammensetzung der Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten so drastisch verändert wie in keinem Jahrhundert zuvor (Hans-Werner Prahl & Klaus R. Schroeter, 1996, S.89). Was hat es nun aber auf sich mit der laut beklagten „(Über)alterung der Gesellschaft“?

Das folgende Kapitel gibt Aufschluss über die Veränderungen der Bevölkerungszusammensetzung des letzten Jahrhunderts und zeigt eine mögliche Entwicklungsprognose auf.

2.1 Altersaufbau der Bevölkerung

Wie die meisten Industriestaaten ist auch die Schweiz von einem historischen demografischen Wandel betroffen. Prahl und Schroeter (1996) sprechen von „jungen Gesellschaften“ mit hoher Jugendquote, wie sie in sogenannten Entwicklungsländern in Teilen Afrikas, Asiens und Südamerikas bis heute noch existieren. Europa, Nordamerika, Australien und Neuseeland hingegen werden als „alte Gesellschaften“ mit einer hohen Altersquote bezeichnet. Die Altersstrukturen der „jungen Gesellschaften“ weichen stark von denen der „alten Gesellschaften“ ab. (S.88f)

Seit Beginn des 20. Jahrhunderts hat sich die schweizerische Bevölkerung mehr als verdoppelt: von 3,3 Millionen (1900) auf 7,6 Millionen (2007) (BFS, 2009, S.1). Die folgenden Abbildungen zeigen den demografischen Wandel zwischen dem 20. und dem 21. Jahrhundert in der Schweiz.

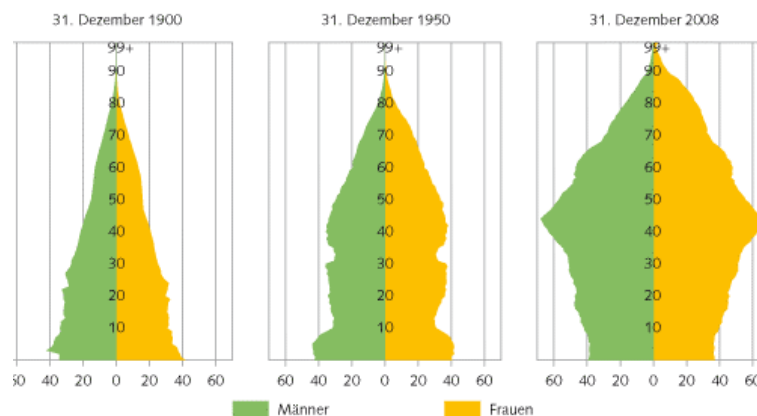


Abbildung 1: Altersaufbau der Bevölkerung (Quelle: BFS, 2008)

Deutlich erkennbar ist die massive Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung seit diesem Jahrhundert. Während sich die Anzahl der Personen unter 20 Jahren von 40,7% (1900) auf 21,5% beinahe halbierte, stieg der Anteil der über 64-Jährigen von 5,8% auf 16,4%. Besonders ausgeprägt ist der Anstieg des Anteils der Hochbetagten (80-jährig und mehr) von 0,5% auf 4,7%. Der dominierenden „Baby-Boom“-Generation steht eine schwächer besetzte Jugendgeneration und eine zunehmende Zahl älterer Menschen gegenüber. Die Form der Alterspyramide hat sich von einer „Pyramide“ (1900) über eine „Glocke“ (1950) zu einer „Tanne“ (2007) gewandelt. (BFS, 2008)

Auffallend ist der geschlechtsspezifische Unterschied der älteren Bevölkerung. Die Lebenserwartung der Frauen ist deutlich höher als diejenige der Männer. Von den 75- bis 79-jährigen Personen sind heute über 60% weiblich. Bei den über 80-Jährigen handelt es sich sogar bei zwei von drei Personen um eine Frau und bei den 100-Jährigen sind vier von fünf Personen weiblich. (Stuckelberger & Höpflinger, 2002, S.38)

Stuckelberger und Höpflinger (2002) weisen auf diverse Mortalitätsstudien hin, die belegen, dass Männer aller Altersgruppen ein höheres Sterberisiko wie auch eine höhere Sterberate aufweisen. Die Ursachen für die höhere Lebenserwartung der Frau wurden eingehend erforscht, wobei an dieser Stelle nur einige der Gründe für die weibliche Langlebigkeit genannt werden können. Generell scheinen Frauen konstitutionelle Vorteile zu genießen. Sie sind aufgrund hormoneller Gegebenheiten gegenüber Herz-Kreislauf-Erkrankungen besser geschützt als Männer. Diese weisen ein erhöhtes Risiko für Krebs- und Kreislauferkrankungen auf. Frauen hingegen sind gegenüber chronischen Krankheiten im Alter anfälliger, wobei jedoch ihre altersspezifischen Sterberaten tiefer liegen. (S.35f)

2.2 Ursachen des demografischen Wandels

Welches sind die Gründe für diesen beeindruckenden demografischen Alterungsprozess unserer Gesellschaft? Die Ursache für den kontinuierlichen Anstieg der älteren Bevölkerung hängt mit der Industrialisierung des 19. Jahrhunderts zusammen (Stuckelberger & Höpflinger, 2002, S.28).

Die vorindustrielle Gesellschaft zeichnete sich durch eine hohe Geburten- und Sterberate aus. Die Säuglingssterblichkeit war massiv hoch und die Menschen hatten aufgrund ungenügender Ernährung, schlechter Lebens- und Wohnbedingungen und wiederkehrender Epidemien nur eine geringe Lebenserwartung. Erst im 18. Jahrhundert zeichnet sich dank verbesserter Nahrungsversorgung ein erster Anstieg der Lebenserwartung ab. Trotzdem blieb das Erreichen eines hohen Alters sozial ungleich verteilt und bis ins 19. Jahrhundert ein Privileg der Reichen.

Doch die Modernisierung der Landwirtschaft im selben Jahrhundert brachte die Ausbreitung von Heimarbeit und Industrie mit sich und ermöglichte es auch der landlosen Bevölkerung, sich regelmässig zu ernähren. Weiter wurde die Chance, ein höheres Lebensalter zu erreichen, durch gesundheitspolitische Kampagnen verbessert. Während im 17. Jahrhundert nur gerade 15% der Menschen das 60. Altersjahr erreichten, waren es zu Beginn des 20. Jahrhunderts bereits 36% der Männer bzw. 54% der Frauen. (Stuckelberger & Höpflinger, 2002, S.26)

Ende des 19. Jahrhunderts sank die Geburtenrate deutlich, unter anderem verursacht durch die allgemeine Schulpflicht, welche der breiten Bevölkerung Rationalitäts- und Planungsvorstellungen vermittelte. Daher kam es zu einem späteren Ersttheirats- und Gebäralter. Es entwickelte sich allmählich ein Trend zur Kleinfamilie. (Perrig-Chiello et al., 2008, S.46f).

Diese Ausführungen machen deutlich, dass wirtschaftliche Entwicklungen und gesellschaftliche Modernisierungen zu einem grundlegenden Wandel von hohem Geburtenniveau und hohen Sterbeziffern zu tiefen Geburten- und Sterbeziffern geführt haben (Stuckelberger & Höpflinger, 2002, S.28).

In den Nachkriegsjahren kam es in der Schweiz jedoch zu einem markanten Anstieg der Geburtenhäufigkeit. Die bis Mitte der 1960er Jahre Geborenen werden deshalb als „Baby-Boom“ - Generation bezeichnet. Der „Baby-Boom“ wurde nicht durch mehr kinderreiche Familien ausgelöst, sondern durch den Umstand, dass mehr Frauen als früher überhaupt Kinder zur Welt brachten. Deshalb ist dieses Phänomen nicht als Rückkehr zur kinderreichen Familie zu verstehen, sondern als Durchbruch der bürgerlichen Ehe und Kleinfamilie. Ab Ende der 1960er Jahre trat allerdings erneut ein starker Geburtenrückgang ein und seit 1972 weist die Schweiz ein Geburtenniveau auf, welches tiefer liegt als zur Erhaltung der Bevölkerung notwendig wäre. (Perrig-Chiello et al., 2008, S.47)

2.3 Demografische Einflussfaktoren

Die demografische Alterung einer Gesellschaft wird jedoch nicht nur durch das Geburtenniveau und die Lebenserwartung beeinflusst, sondern als dritter Punkt durch die altersspezifischen Aus- und Einwanderungen (Carigiet et al., 2003, S.68).

Der Zuzug ausländischer Arbeitskräfte in den letzten Jahrzehnten hat die Altersstruktur in der Schweiz zwar verjüngt, vermag den Trend zur demografischen Alterung jedoch nicht aufzuhalten. (Stuckelberger & Höpflinger, 2002, S.30) Jedoch ist es den Ausländerinnen zu verdanken, dass trotz tiefem Geburtenniveau der Geburtenüberschuss positiv ausfällt. Das liegt daran, dass die in der Schweiz lebenden Ausländerinnen im Durchschnitt mehr Kinder zur Welt bringen als Schweizerinnen. (BFS, 2009, S.2)

2.4 Zukunftsprognosen

Welche Entwicklungen sind in Zukunft zu erwarten? Die Prognosen über die Lebenserwartung der nächsten Jahrzehnte fallen in der Fachliteratur unterschiedlich aus. Die meisten Vorhersagen erwarten einen weiteren Anstieg der älteren Bevölkerung. Gemäss Bundesamt für Statistik wird die demografische Alterung in den kommenden 40 Jahren weiterhin ihren Lauf nehmen und die „Baby-Boom“- Generation wird zu einer raschen Zunahme der Anzahl Rentnerinnen und Rentnern führen (2006, S.20).

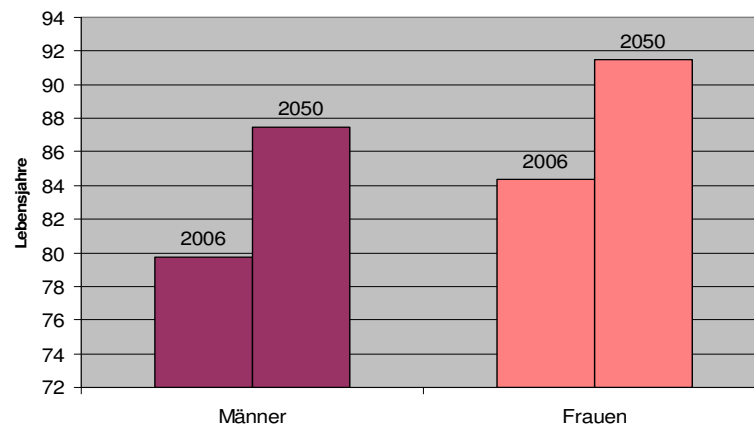


Abbildung 2: Prognose Lebenserwartung (Quelle: BFS, 2006, S.20f)

Die heutige Lebenserwartung liegt bei 79,7 Jahren für die Männer resp. 84,4 Jahren für die Frauen (BFS, 2008). Unter dem Vorbehalt, dass die Sterblichkeit durch Prävention und Früherkennung bekämpft und medizintechnologische Fortschritte für alle zugänglich sind, wird die Prognose der Lebensdauer für den Geburtsjahrgang 2050 auf 87,5 Jahre für die Männer und 91,5 Jahre für die Frauen geschätzt. Nach dem Jahr 2050 wird ein vermindertes Wachstum der Lebenserwartung vorausgesagt. Im Jahr 2050 entspricht dies einem prognostizierten Zuwachs der Lebensjahre bei Männern um 7,8 Jahre und bei den Frauen um 7,1 Jahre. (BFS, 2006, S.20f)

Graziella Caselli und Jacques Vallin (1990) haben den Begriff der „doppelten Alterung“ geprägt, der für die Schweiz zutreffend ist: Infolge des Geburtenrückgangs erhöht sich einerseits der Anteil älterer Menschen. Auf der anderen Seite steigen aufgrund einer erhöhten Lebenserwartung Zahl und Anteil betagter Menschen an. (zit. in Stuckelberger & Höpflinger, 2000, S.30)

Haben wir also zu viele alte Menschen in unserem Land? Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass die Anzahl älterer Frauen und Männer hoch ist und sich diese Entwicklung in naher Zukunft fortsetzen wird. Die in diesem Zusammenhang verwendeten Begriffe wie „Überalterung“ sind ausgesprochen negativ bewertet. Bevölkerungswissenschaftler sind der Meinung, dass es eine „optimale“ Zusammensetzung einer Bevölkerung nicht gibt. Deshalb sollte von einer „al-

ternden Gesellschaft“ gesprochen werden, die eine Neuorientierung in verschiedener Hinsicht notwendig macht. (vgl. Gertrud M. Backes & Wolfgang Clemens, 2003, S.55)

3. Bedingungen des Alters

„Im Alter ist das eben so“, „in deinem Alter“, „er ist zwar alt, aber ...“. Solche Aussagen sind in der Alltagssprache immer wieder zu hören. Doch was ist das Alter? Kapitel 3 befasst sich ausführlich mit dieser Lebensphase. Anhand verschiedener Alterstheorien wird untersucht, wie die Lebensumstände beschaffen sein müssen, damit die Adaption an diesen Lebensabschnitt gelingen kann. Eingehend erläutert werden die Altersbilder, Stereotypen und Vorurteile, denen sich ältere Menschen gegenübersehen, aber auch die Hoffnungen und Chancen, die mit dem Alter in Verbindung gebracht werden. Das Kapitel endet schliesslich mit einem Exkurs über das Selbstbild älterer Menschen.

3.1 Der Beginn des Alters

Ab wann gelten Menschen als alt? Wer bestimmt, ab wann man alt ist? Im Alltag werden die Bezeichnungen „jung“ und „alt“ oft verwendet. Das Alter wird wie das Geschlecht und die Hautfarbe dazu benutzt, um Menschen in bestimmte Kategorien einzuteilen. Es beeinflusst, welches Verhalten als altersgemäss definiert wird oder nicht (Höpflinger & Stuckelberger, 2002, S.62). Martin Kohli (1991) spricht sogar vom Alter als einem der relevantesten Merkmale hinsichtlich gesellschaftlicher Differenzierungsprozesse (zit. in Filipp & Mayer, 1999, S.11). Stefan Pohlmann (2004) weist auf drei zu unterscheidende Aspekte des Alters hin: Die Person (Alte), der Zustand (Altsein) und der Prozess (Altern). (S.102) Doch die Frage bleibt: Ab wann ist man alt? Vergeblich sucht man in der Literatur nach einer allgemein gültigen Definition. Die Fachpersonen, die sich mit der Thematik des Alters befassen, unterscheiden sich in ihren Definitionen in der Anzahl der Subgruppen wie auch in der jeweiligen Alterseinteilung. Sie treffen sich jedoch in der Aussage, dass das Alter keine abgrenzbare Lebensspanne ist und eine mehrdimensionale Sicht erfordert. Eine Auseinandersetzung mit den verschiedenen Aspekten des Entwicklungsprozesses ist demnach notwendig. (vgl. Filipp & Mayer, 1999, S.11f; Stuckelberger & Höpflinger, 2000, S.62f)

Im vorindustriellen Zeitalter, so Borscheid (1994), galt derjenige als alt, dessen körperliche und geistige Kräfte geschwunden seien. Hat damals ein rein biologisch geprägtes Altersverständnis vorgeherrscht, so ist dies heute einem sozial-politischen Verständnis gewichen, indem der Beginn des Altseins häufig mit der Pensionierung definiert wird. Dieses Definitionsmerkmal taugt wenig, zumal sich die Gruppe der älteren Menschen in ihren Eigenschaften und Verhaltensweisen voneinander unterscheiden. (zit. in Filipp & Mayer, 1999, S.12f)

Unumstritten ist heute unter Fachleuten das Bewusstsein um die Heterogenität der Eigenschaften und Verhaltensweisen der Menschen innerhalb dieser Altersklasse. Die Bemühungen, dieser Tatsache gerecht zu werden, haben zu einer grossen Spanne von Definitionsansätzen ge-

führt, welche hier nicht abschliessend behandelt werden können. Das am häufigsten verwendete Bezugssystem ist das kalendarische bzw. chronologische Alter, wobei die Einteilung der Altersgruppen anhand des Geburtsdatums einer Person erfolgt. Eine solche Altersgrenze stellt beispielsweise die Pensionierung dar. Pohlmann führt zu Recht an, dass eine solche Demarkationslinie zwischen Jung und Alt kaum gezogen werden kann, wenn man die grossen Unterschiede in der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit dieser Personengruppe beachtet. (Pohlmann, 2004, S.11f)

Die Soziologie unterteilt die Gruppe der Pensionäre in die „jungen Alten“ (60- bis 75-Jährige), die „Alten“ (75- bis 90-Jährige) die „Hochbetagten“ (90- bis 100-Jährige) und in die über 100-Jährigen als die „Langlebigen“. (Prahel & Schroeter, 1996, S.14f)

Ähnlich teilen die WHO-Richtlinien die Altersklassen ein:

Der alternde Mensch	50 bis 60 Lebensjahre
Der ältere Mensch	61 bis 75
Der alte Mensch	76 bis 90
Der sehr alte Mensch	91 bis 100
Der langlebige Mensch	über 100

(Stähelin, 1989, zit. in Hirzel-Wille, 2002, S.21)

Eine weitere geläufige Alterseinteilung ist neben dem sozialen Alter diejenige in das biologische, das psychologische und das funktionale Alter (Pohlmann, 2004, S.11f).

Mit dem *sozialen Alter* sind die Altersbilder, also die Vorstellungen, Erwartungen und Zuschreibungen gemeint, welche die Gesellschaft mit einer bestimmten Gruppe in Verbindung bringt. Gesellschaftliche Wertvorstellungen und Normen führen zu gewissen Verhaltensregeln, die bestimmen, welche Verhaltensweise als altersgemäss definiert wird und welche nicht. Den Betroffenen wird somit eine Altersrolle zugewiesen, welche im Einvernehmen mit der älteren Person vollzogen wird. (Pohlmann, 2004, S.22)

Beim *biologischen Alter* erfolgt die Einteilung in jung oder alt aufgrund eines körperlichen Befunds. Die Schwierigkeit bei dieser Abgrenzung besteht darin, dass es keine einheitliche Alterung des menschlichen Organismus gibt. Pohlmann (2004) weist darauf hin, dass der Alterungsprozess des Individuums selbst als auch zwischen den Individuen höchst unterschiedlich ist. Was würde es beispielsweise bedeuten, über ein gesundes Herz bei gleichzeitiger Arthrose zu verfügen? Welches Organ das Alter letztlich ausmacht, unterliegt subjektiven Bewertungsmassstäben. (S.15)

Das *psychische Alter* bezeichnet das subjektive Erleben des eigenen Selbst im Sinne von „man ist so alt, wie man sich fühlt“. Dabei geht es um das Verhältnis einer Person zu sich selbst, wobei nur die Person selber festlegen kann, wie alt sie ist. (Pohlmann, 2004, S.26)

Das *funktionale Alter* konzentriert sich auf das Verhalten einer Person resp. deren Leistungsfähigkeit im Alltag. Es misst, in welchem Mass Fähigkeiten wie beispielsweise körperliche und geistige Leistungsfähigkeit noch vorhanden sind. (Pohlmann, 2004, S.33)

Nach diesen Ausführungen wird deutlich, dass das Alter eine verschwommene Kategorie ist und sich der Beginn dieses Lebensabschnittes unterschiedlich datieren lässt. Backes und Clemens (2003) bezeichnen das Altern als ein gleichzeitig körperliches, psychisches, soziales und gesellschaftliches Phänomen. Der Alterungsprozess verläuft individuell und weist in den verschiedenen Funktionsbereichen unterschiedliche Verläufe auf. Deshalb können eindeutige und abgrenzbare Faktoren nicht bestimmt werden. (S.92)

3.2 Alter als soziale Konstruktion

Sämtliche Literatur, die sich mit der Thematik befasst, bezeichnet das Alter als eine soziale Konstruktion. Damit ist gemeint, dass die Vorstellung, ab wann jemand alt ist, aus unterschiedlichen Elementen konstruiert wird, die im Folgenden näher erläutert werden. Gemäss Ansgar Stracke (1994) ist es das soziale Alter bzw. die gängigen gesellschaftlichen Altersbilder, die bestimmen, ab wann ein Mensch als alt gilt (vgl. Kap. 3.1). Jedem Lebensalter werden bestimmte Verhaltensweisen und Qualitäten zugesprochen. Stracke spricht von einem sozialen Definitionsprozess, der festlegt, wie alt eine Person ist, und ihr einen bestimmten Status zuschreibt. An diesen Status sind bestimmte Rollenerwartungen geknüpft, an denen sich das Individuum zu orientieren und sich entsprechend zu verhalten hat. (S.27f) Beispielsweise erwartet man bei der Vereinbarung eines Arzttermins vielleicht von einer 75-jährigen Frau, dass sie jederzeit abkömmlich ist. Dahinter könnte sich das Altersbild verbergen, dass alte Menschen keine Verpflichtungen und deshalb viel Zeit haben.

Die Vorstellung, ab wann eine Person „alt“ ist, ist zudem geschlechtsspezifisch geprägt. Verschiedene wissenschaftliche Studien haben sich mit der Frage zur Alterswahrnehmung befasst und zeigen, dass die Definition von Alter subjektivem Erleben unterworfen ist und sich je nach Alterskategorie deutlich unterscheidet. Ausserdem werden Frauen früher für alt gehalten als Männer. (vgl. Filipp & Mayer, S.12f; Backes & Clemens, 2003, S.59)

Höpflinger und Stuckelberger (2002) bilden im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms zum Thema Alter (NFP 32) eine Studie von Roux et al. (1994) ab, in der junge und ältere Men-

schen befragt wurden, bis zu welchem Alter ein Mann bzw. eine Frau jung bzw. alt sei. Für die jüngeren Befragten ist das Ende des Jungseins um das vierzigste Altersjahr erreicht. Für die älteren Befragten liegt die Grenze deutlich höher, bei 50 bis 55 Jahren. Auch bei der Definition des Alters unterscheiden sich die befragten Alterskategorien markant. Für die jüngeren Befragten wird das Alter mit 61 bis 63 Jahren erreicht. Ältere Befragte hingegen nehmen sich länger als jung wahr. Für sie beginnt das Alter erst mit 66 bis 71 Jahren. Die Definition von „jung“ und „alt“ ist somit altersabhängig. (S.63)

Weiter führen Filipp und Mayer (1999) an, dass die Definition, ab wann jemand „alt“ ist, stark vom jeweiligen Kontext abhängt. So wird beispielsweise in der Arbeitswelt nach dem 40. Lebensjahr vom „älteren“ Arbeitnehmer gesprochen und in der Welt des Hochleistungssports gilt jemand bereits mit 30 Jahren als alt. (S.13)

Folglich sind es weniger bestimmte Eigenschaften oder Verhaltensweisen einer Person, die ihr den Status „alt“ verleihen. Die Auffassung, ab wann jemand alt ist, hängt vom Geschlecht und sozialen Alter der zu beurteilenden Person, von den gesellschaftlichen Altersbildern und vom jeweiligen Kontext ab. Die Festlegung von jung und alt ist in den Vorstellungen der Menschen unterschiedlich und abhängig vom Alter der beurteilenden Person. Nach Stracke (1994) handelt es sich deshalb um eine soziale Zuschreibung und das Ergebnis einer sozialen Definition (S.34).

3.3 Alterstheorien

Was ist eigentlich gemeint, wenn von „Altern“ gesprochen wird? Altern meint zunächst das Durchschreiten des individuellen Lebenslaufs. Von der ersten Sekunde unseres Lebens altern wir und der Alterungsprozess findet mit dem Tod sein Ende. (Filipp & Mayer, 1999, S.29) Alterstheorien beziehen sich auf die Lebensphase Alter und versuchen den Verlauf des Alterns und den Zustand des Altseins zu beschreiben. Sie befassen sich mit der Frage, unter welchen Voraussetzungen und Umständen die Adaption an die Lebensphase Alter gelingen kann. Die verschiedenen Disziplinen wie die Psychologie, die Soziologie und die Biologie gewichten dabei unterschiedliche Aspekte. (Hirzel-Wille, 2002, S.95) Backes und Clemens unterscheiden einen biologischen, körperlichen und psychischen Alterungsprozess, die mit sozialen und gesellschaftlichen Prozessen in Verbindung zu bringen sind. (2003, S.92)

Angesichts der vielen Akteurinnen und Akteure in diesem Forschungsgebiet erstaunt es nicht, dass die Ansätze zur Analyse der Lebensphase Alter unterschiedlich und die Anzahl der Theorien umfangreich ist. An dieser Stelle sollen einige der zentralen Theorien vorgestellt werden. Nebst der Defizittheorie werden die Autorinnen die Theorien des erfolgreichen Alterns vorstellen, da sie bis heute zu den grundlegenden theoretischen Ansätzen gehören. Weiter finden subjektive Entwicklungstheorien und das Konzept der Entwicklungsaufgaben Eingang in die vorliegende Arbeit.

3.3.1 Das Defizit-Modell

Verlust von körperlichen Kräften, geistiger Spannkraft sowie Zerstreutheit und Vergesslichkeit sind Begriffe, mit denen das Alter in der Vergangenheit verbunden wurde. Vorstellungen über Verluste sozialer Rollen, von Angehörigen und Freunden begleiteten diese Ansichten. (Backes & Clemens, 2003, S.92) Das Bild vom hilfebedürftigen, gebrechlichen, passiven und isolierten alten Menschen war der Ausgangspunkt der Forschungsarbeit der 50er Jahre, die das Defizit-Modell der früheren Gerontologie hervorbrachte. Mit aufwendigen Tests versuchte man aufzuzeigen, dass mit zunehmendem Lebensalter körperliche Funktionen, geistige Reaktionsfähigkeiten und emotionale Verarbeitungsformen nachlassen. (Prahl & Schroeter, 1996, S.278)

In den 70er Jahren geriet das defizitorientierte Modell zunehmend in Kritik. Auslöser dafür war die allmähliche Aufdeckung methodischer Unzulänglichkeiten und sachlich nicht haltbarer Generalisierungen, die zu den Alterszuschreibungen führten. In der Folge erschienen vermehrt empirische Studien über das Altern, die sich in ihren Aussagen deutlich widersprachen. Allmählich setzte sich eine differenziertere Sichtweise des Alterns durch und die positive Veränderlichkeit sowie die Leistungsfähigkeit der Lebensphase Alter wurden erkannt. Auch wenn die Defizitperspektive schon lange widerlegt ist, hält sich in der Bevölkerung hartnäckig der Gedanke

eines wissenschaftlich belegten Abbauprozesses. Das Defizit-Modell wird deshalb vielfach als Ausgangspunkt des Altersstigmas bezeichnet. (Pohlmann, 2004, S.90f)

3.3.2 Theorien des erfolgreichen Alterns – Aktivität, Disengagement und Kontinuität

Die klassischen gerontologischen Konzepte wie die Disengagement-Theorie und die Aktivitäts- und Kontinuitätsthese beleuchten das Wechselverhältnis zwischen Alter und Gesellschaft und orientieren sich an der Frage nach „erfolgreichem Altern“ im Sinne von befriedigendem und sozial integriertem Alter. (Backes & Clemens, 2003, S.123) Havighurst (1964) definiert „erfolgreiches Altern“ als Zustand der Zufriedenheit und des Glücks. Bezugspunkt der Theorien ist die Annahme, dass der Übergang in die Lebensphase Alter mit einer Instabilisierung der inneren und äusseren Situation einhergeht. Psychisches und physisches Ungleichgewicht kann durch den Übergang in den Ruhestand, den Wegzug der Kinder aus dem Elternhaus, den Verlust von Angehörigen oder mit zunehmenden eigenen Erkrankungen ausgelöst werden. (zit. in Ursula Lehr, 2007, S.56) (vgl. Kap. 4.3)

Als „normale“ Reaktion des alten Menschen wird die Regulierung dieses Ungleichgewichts angenommen, deren Resultat die Lebenszufriedenheit ist. Kann in diesem Zustand der Instabilität die Lebenszufriedenheit aufrechterhalten werden, gilt die Anpassung an den Alterungsprozess als gelungen. (Lehr, 2007, S.56f) Die Konzepte vertreten unterschiedliche Ansichten, unter welchen Gegebenheiten das Ungleichgewicht aufgehoben und somit Lebenszufriedenheit erreicht werden kann. Im Folgenden werden die Ansätze näher erläutert.

Aktivitätstheorie bzw. Kompetenzmodell

Der „Defizitperspektive des Alterns“ wurde in den letzten Jahrzehnten die Aktivitätstheorie bzw. das „Kompetenzmodell des Alterns“ entgegengesetzt. Die Vertreter der Aktivitätstheorie sind der Auffassung, dass nur derjenige Mensch zufrieden und glücklich ist, der aktiv ist, etwas leisten kann und von anderen gebraucht wird. Hingegen ist derjenige Mensch, der nicht mehr von anderen Menschen gebraucht wird und keine Aufgabe mehr in der Gesellschaft hat, unglücklich und unzufrieden. (Lehr, 2007, S.57)

Auch Backes und Clemens (2003) sprechen von einer Funktionslosigkeit als Ursache für die Alterungsprobleme. Die Ausgliederung aus bedeutenden gesellschaftlichen Funktionszusammenhängen wird als von aussen auferlegter Zwang verstanden, der den Bedürfnissen des Menschen im Alter zuwiderläuft. Der alte Mensch hat abgesehen von gesundheitlichen Veränderungen dieselben psychischen und sozialen Bedürfnisse wie im mittleren Lebensalter. Mit der Aufgabe der Berufstätigkeit zieht sich die Gesellschaft von der älteren Person zurück, was gegen deren Willen geschieht und einer Zwangsausgliederung gleichkommt. Als Folge verringern sich soziale Kontakte und physisch-psychische Abbauprozesse stellen sich ein. (S.125)

Nach Havighurst et al. (1994) altert diejenige Person optimal, welche die Aktivitäten des mittleren Erwachsenenalters beibehält, geeigneten Ersatz für verlorengegangene Aktivitäten wie die Berufstätigkeit entdeckt und zudem einen Ersatz für geliebte Menschen findet, die durch den Tod verloren sind (zit. in Lehr, 2007, S.57). Wissenschaftliche Studien wie die von Lemon et al. (1972) konnten nachweisen, dass Aktivität in verschiedenen sozialen Rollen positive Auswirkungen auf das Selbstbild der älteren Person haben. Dies sei das Fundament für Lebenszufriedenheit und damit für ein „erfolgreiches Altern“. (zit. in Lehr, 2007, S.57)

Disengagement-Theorie

Als Reaktion auf die Idealisierung des Aktivitätsmodells wurde die Disengagement-Theorie Anfang der 1960er Jahre von Cumming und Henry (1961) entwickelt. Die beiden Wissenschaftler bezweifeln, dass es zur Lebenszufriedenheit älterer Menschen beiträgt, eine Funktion zu haben bzw. gebraucht zu werden. Ihrer Ansicht nach zeigen ältere Menschen grundsätzlich ein Bedürfnis nach Einschränkung der sozialen Kontakte und früheren Verpflichtungen, weil sie ihre körperlichen, psychischen und emotionalen Defizite spüren. Gerade gewisse Formen der sozialen Isolierung lösen Glück und Zufriedenheit aus. (zit. in Lehr, 2007, S.59) Einerseits zieht sich das Individuum aus der Gesellschaft zurück, andererseits wird es auch umgekehrt von der Gesellschaft weniger miteinbezogen. (Kruse & Lehr, 1989, zit. in Hirzel-Wille, 2002, S.96). Cumming und Henry (1961) glauben, dass der Wunsch „gebraucht zu werden“ und „nützlich zu sein“ Ausdruck eines Sicherheitsbedürfnisses ist und der Angst entspricht, verstossen zu werden und hilflos zu sein. Kann eine Sicherheit im Alter jedoch anderweitig sichergestellt werden, so ist der Wunsch nach Disengagement vorherrschend. (zit. in Lehr, 2007, S.59) Der Rückzug aus der Gesellschaft hat für den alten Menschen eine befreiende und entlastende Wirkung und ist somit eine wichtige Voraussetzung für „erfolgreiches Altern“. (Hirzel-Wille, 2002, S.96)

Im Gegensatz zur Aktivitätstheorie wird beim Disengagement-Konzept das Alter nicht gemieden, sondern hat einen eigenen Inhalt: die Vorbereitung auf das Lebensende. Allerdings wird der Rückzug des alten Menschen nicht wie bei der Aktivitätstheorie durch die Gesellschaft verursacht, sondern durch das Bedürfnis des Individuums selbst. Das Disengagement wird als gewährte Freiheit betrachtet oder wie Backes und Clemens es formulieren: „Der alte Mensch darf frei von Rollenaktivitäten auf den Tod warten.“ (2003, S.128f)

Kritische Betrachtung der Aktivitäts- und Disengagement-Theorie

Atchley (1989) übt vorwiegend Kritik an der Aktivitätstheorie, denn befriedigende soziale Kontakte stehen dem älteren Menschen nicht immer zur Verfügung. Je nachdem ist auch die Motivation nicht vorhanden, für den Verlust nahestehender Menschen Ersatz zu suchen. (zit. in Lehr, 2007, S.58) Die Altersbilder, die dieser Theorie zugrunde liegen, werden von Lehr (2007)

in Frage gestellt. Das Altsein wird verdrängt und es wird nicht berücksichtigt, dass mit zunehmendem Alter Veränderungen auftreten, die nicht bei allen und nicht vollständig durch Aktivierung kompensiert werden können. So wird die Lebensphase Alter mit ihren Besonderheiten, spezifischen Problemen und Möglichkeiten zu wenig beachtet. Weiter bestärkt die Aktivitätstheorie das gesellschaftlich verbreitete Vorurteil, dass Zufriedenheit nur bei einem bestimmten Grad an Aktivität zu erreichen ist. Fraglich ist gemäss Lehr zudem, ob die idealisierten Aktivitäten des mittleren Lebensalters für alte Menschen überhaupt erstrebenswert sind. (S.126f)

Der Disengagementansatz basiert auf defizitären Altersbildern und generalisiert wie die Aktivitätstheorie vereinzelt vorliegende Verhaltensweisen im Alter als „typisch“. Somit trägt auch dieser Ansatz zur Vorurteilsbildung über die Lebensphase Alter bei. Backes und Clemens (2003) fassen die Diskussionen um die beiden Modelle zusammen und halten fest, dass die individuellen Unterschiede der alten Menschen stärker berücksichtigt werden müssen. So sind die einen je nach Persönlichkeitsstruktur glücklich, wenn sie sich aus dem sozialen Leben zurückziehen können, während andere zufriedener sind, wenn sie integriert bleiben. „Erfolgreiches Altern“ ist unter verschiedenen Bedingungen möglich und es gibt nicht *das* Konzept des befriedigenden Lebens im Alter. (S.135)

Trotzdem hat die Aktivitätstheorie grosse Bedeutung für die Soziale Altersarbeit und ist in Zuschreibungen wie „erfolgreiches Altern“, „aktive Alte“ und den dazugehörigen Kampagnen wiedererkennbar. (Backes & Clemens, 2003, S.124) Disengagement wird heute nicht mehr als geeignete Strategie für Zufriedenheit in der Lebensphase Alter betrachtet. Es wird als unfreiwilliger Rückzug verstanden und mit dem Unvermögen alter Menschen in Verbindung gebracht, sich auf eine neue und angemessene Weise der Gesellschaft zuzuwenden. (Hirzel-Wille, 2002, S.97)

Kontinuitätsthese

Gemäss der Kontinuitätstheorie des Soziologen Atchley (1989, 1997) verhelfen weder Aktivität noch Disengagement dem älteren Menschen zu einer optimalen Alterssituation. Vielmehr stellt die Aufrechterhaltung der inneren und äusseren Strukturen den sichersten Weg dar, die Anpassung an die Lebensphase Alter erfolgreich zu meistern. Die These geht davon aus, dass die Zufriedenheit des älteren Menschen umso höher ist, je mehr die Alterssituation der Lebenssituation im mittleren Lebensalter entspricht. (zit. in Backes & Clemens, 2003, S.133) Atchley unterscheidet zwischen einer inneren und einer äusseren Kontinuität. Erstere bezieht sich auf den Fortbestand von psychischen Einstellungen, Ideen, der Erfahrungen, Neigungen und Fähigkeiten. Bei der äusseren Kontinuität geht es um die soziale Umwelt, das Leben in gewohnter Umgebung, die Ausübung altgewohnter Handlungen und die Interaktion mit vertrauten Menschen. Das Alter geht jedoch unweigerlich mit inneren und äusseren Veränderungen einher. Wichtig erscheint in der Kontinuitätsthese deshalb die Fähigkeit, die eigene Identität über die

inneren und äusseren Veränderungen hinweg zu bewahren. (Lehr, 2007, S.64f) So sollen gemäss Backes und Clemens (2003) auch bei negativen Veränderungen der Umweltstruktur soziale Rollen zur Aufrechterhaltung eines eigenen Lebensstils beibehalten werden (S.133).

Kritische Betrachtung der Kontinuitätsthese

Im Gegensatz zur Aktivitäts- und Disengagement-Theorie berücksichtigt die Kontinuitätstheorie bis zu einem gewissen Grad die unterschiedlichen Ansprüche einzelner Personen. So bringt ein hohes Mass an Aktivität für ältere Menschen, die im mittleren Lebensalter aktiv waren, mehr Zufriedenheit. Hingegen sind Personen, die bisher eher ein ruhigeres Leben geführt haben, bei geringeren Aktivitäten im Alter zufrieden. Trotzdem stellt die These keine echte Alternative dar, da sie ebenfalls zu undifferenziert argumentiert. (Backes & Clemens, 2003, S.133f)

Differentielles Altern

Heute ist sich die Altersforschung einig, dass Altern kein einheitlich verlaufender Prozess ist. Das Bild des differentiellen Alterns geht davon aus, dass Menschen sehr unterschiedlich altern. Nicht nur zwischen den Individuen, sondern auch innerhalb der einzelnen Personen finden sich höchst unterschiedliche Verläufe. Gute körperliche Gesundheit bei zunehmendem geistigem Verfall lässt sich ebenso finden wie umgekehrt, etwa körperlicher Abbau bei hoher geistiger Leistungsfähigkeit. Das differentielle Altern berücksichtigt einerseits die individuelle genetische Ausstattung. Andererseits den Umstand, dass keine Biographie der anderen gleicht. Filipp und Mayer unterstreichen, dass es *die* Alten genauso wenig gibt wie *das* Alter. Aus ihrer Sicht ist Altern vor allem das, was die Menschen an sich selbst und anderen beobachten und in „Theorien der subjektiven Entwicklung“ mental verkörpert haben. (Filipp & Mayer, 1999, S.30f)

3.3.3 Theorien der subjektiven Entwicklung

„Subjektive Theorien“, von manchen Autoren „Alltagstheorien“ genannt, sind komplexe Systeme aus Überzeugungen und Wissenselementen über einen bestimmten Bereich, wie hier z. B. das Alter. Der Mensch, der in der Theorie als „Wissenschaftler“ verstanden wird, bemüht sich ständig, die Welt um ihn herum zu verstehen, deuten, erklären und vorhersagen zu können. Subjektive Theorien leiten das Handeln einer Person und sind wissenschaftlichen Theorien nicht unterlegen. (Filipp & Mayer, 1999, S.32/49)

Die subjektiven Entwicklungstheorien lassen sich danach differenzieren, ob sie normative (d. h. allgemeine) oder selbstbezogene Überzeugungen umfassen. Normative Überzeugungen beinhalten Vorstellungen zur allgemeinen Entwicklung des Alterns und zu alten Menschen. Ausschlaggebend sind dabei die gesellschaftlichen Normen wie z. B. die Pensionierung. Damit sind Vorstellungen von „typischen“ Entwicklungen beim älteren Menschen verbunden wie beispiels-

weise sinkende Leistungsfähigkeit oder Vergesslichkeit. Werden älteren Menschen solche Vorstellungen nun generalisierend zugeschrieben, werden diese Bilder zu Altersstereotypen. Entsprechende Stereotype werden schliesslich zur Stigmatisierung, wenn mit dem Merkmal „kalendarisches Alter“ weitere negative Eigenschaften verbunden werden (vgl. Kap. 3.1). Selbstbezogene Überzeugungen umfassen die Sichtweisen und Erwartungen hinsichtlich des eigenen Alterns und Alters. Diese hängen nebst den normativen Überzeugungen auch mit subjektiven Erfahrungen im eigenen Umfeld zusammen. (Backes & Clemens, 2003, S.58f)

3.3.4 Das Konzept der Entwicklungsaufgaben

Nach Erikson (1972) und Havighurst (1963, 1982) hat der Mensch im Verlauf seines Lebens mehrere Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, die für den jeweiligen Lebensabschnitt typisch und zwingend sind. Gelingt dem Individuum die erfolgreiche Bewältigung, resultiert daraus Zufriedenheit und eine Stabilisierung der Persönlichkeit. In dem von Erikson entwickelten Modell hat der Mensch im Laufe seines Lebens acht Krisen zu bewältigen, welche den Entwicklungsaufgaben von Havighurst entsprechen. Dem alten Menschen stellt sich die Aufgabe der Integrität. Dabei geht es darum, die biographischen Erfahrungen zu integrieren und sein eigenes Leben mitsamt allen Erlebnissen und Geschehnissen anzunehmen. Scheitert der alte Mensch an dieser letzten Krise, so droht ihm Verzweiflung, weil er merkt, dass die Zeit nicht mehr ausreicht, ein neues Leben zu beginnen. (zit. in Hirzel-Wille, 2004, S.98f)

Die erläuterten Theorien zeigen die vielfältigen Sichtweisen zur Lebensphase Alter. Obwohl sich das Bild des Alters im letzten Jahrhundert grundlegend verändert hat, man denke an die längere Lebenszeit bei überwiegender Eigenständigkeit oder an die Anpassung von Konsum und Lebensstil an jüngere Generationen, wird in der Literatur vielfach darauf hingewiesen, dass das Bild vom hochbetagten, hilflosen und dementen alten Menschen auch die heutige Sicht des Alters prägt (vgl. Backes & Clemens, 2003, S.92). Was hat es auf sich mit den sogenannten Altersbildern? Weshalb sind sie so zentral und welche Altersbilder sind in der heutigen Gesellschaft vertreten? Diesen Fragen gehen die Autorinnen im nächsten Kapitel nach.

3.4 Altersbilder

Wir alle haben Bilder von alten Menschen im Kopf: Die einsame Frau im Altersheim, der kauzige Nachbar oder das freundliche alte Ehepaar auf der Sitzbank. Altersbilder, von manchen Autoren auch Altersklischees oder Altersstigmata genannt, sind bildhafte Vorstellungen über das Alter und ermöglichen die einheitliche Zuordnung von individuell unterschiedlichen Personen in eine Kategorie (Hohmeier und Pohl, 1978, zit. in Pohlmann, 2004, S.92).

Nach Gerd Göckenjan (2000) liegt die Funktion von Altersbildern darin, uns in vereinfachter Form Meinungen, Informationen und Vorstellungen über alte Menschen zu vermitteln und somit die Kommunikation über diese Lebensphase zu erleichtern.

Altern ist nicht nur ein physiologischer Prozess, sondern ebenso wie das Alter auch, häufig ein Prozess der öffentlichen Zuschreibung bestimmter Merkmale, die in den Altersbildern ihren Ausdruck finden (Stracke, 1994, S.34). Pohlmann (2004) unterscheidet das generalisierte Altersbild, das in einer bestimmten Kultur oder Region vorherrscht, von einem personalisierten Altersbild, das auf persönlichen Beziehungen zu Menschen beruht (S.102). Nach Backes und Clemens gründet das generalisierte Altersbild in den subjektiven Alltagstheorien über das Altern (2003, S.57) (vgl. Kap. 3.3.3).

Auch Lehr (2007) weist darauf hin, dass es kein einheitliches Altersbild gibt und in verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedliche Akzente gewichtet werden (S.201). Die Menschen erkennen durchaus, so Brockett et al. (1987), dass es verschiedene Arten des Alterns gibt und deshalb unterschiedliche Einstellungen zu älteren Menschen angezeigt sind. Dementsprechend können sehr gegensätzliche Altersbilder nebeneinander bestehen (zit. in Lehr, 2007, S.201). Verschiedene Untersuchungen sind jedoch zum Schluss gekommen, dass in der Gesellschaft grundsätzlich ein negatives Altersbild vorherrscht und Stereotypen sowie unzulässige Verallgemeinerungen weit verbreitet sind (vgl. Lehr, 2007, S.199f).

Pohlmann hat sich mit der Frage auseinandergesetzt, weshalb negative Altersbilder entstehen und sich hartnäckig halten können. Er ist zum Ergebnis gekommen, dass unsere Einstellung zum Alter neben der medialen Inszenierung des Alters vor allem durch die positiven und negativen Modelle geprägt ist. Diese Modelle beschränken sich jedoch nicht nur auf die Begegnung mit älteren Menschen, sondern auch darauf, wie sich uns nahestehende Personen auf ihr Alter vorbereiten und welche Befürchtungen und Wünsche sie in diesem Zusammenhang äussern. (2004, S.113)

3.4.1 Stereotypen und Vorurteile

Backes und Clemens (2003) sprechen von Altersstereotypen, wenn Menschen aufgrund ihres kalendarischen Alters bestimmte Eigenschaften, Verhaltens- und Rollenerwartungen zugeschrieben werden, ohne das Individuum bezüglich seinen Wahrnehmungen und konkreten Verhaltensweisen zu betrachten (S.58). Wenn sich beispielsweise ein 80-jähriger Mann für ein neues Mobiltelefon interessiert, verstösst dieses Verhalten gegen die Rollenerwartung gegenüber älteren Menschen. Ein verbreitetes Stereotyp lautet nämlich, dass sich alte Menschen schlecht anpassen können und kognitive Einbussen erleben: Sie sind nicht mehr „in“, leiden unter Gedächtnisproblemen und sind häufig desorientiert (Stuckelberger & Höpflinger, 2000, S.65). Altersstereotype sind demnach hinsichtlich ihrer Funktion der Ursachenzuschreibung für menschliches Verhalten bedeutungsvoll. Wie es Green (1984) formuliert, ist das Alter einer Person in Verhaltensklärungen häufig so dominant, dass der Beobachter andere Ursachen eines Verhaltens gar nicht mehr in Betracht zieht, sondern sich mit der Erklärung, dass es eben „am Alter“ liegt, zufrieden gibt. (zit. in Filipp & Mayer, 1999, S.120)

Der Begriff des Altersstereotyps ist nicht in allen Fachbüchern anzutreffen. Einige Quellen, wie zum Beispiel Filipp und Mayer (1999) verwenden die Bezeichnung „Vorurteil“. Eine strikte einheitliche Trennung der beiden Begriffe findet sich in der Literatur nicht, sie werden sogar häufig synonym verwendet (Pohlmann, 2004, S.25). Gemäss Filipp und Mayer jedoch beinhaltet der Begriff Stereotyp eher kognitive Elemente. Damit meinen sie die mentalen Bilder über eine soziale Gruppe, die Vorstellungen über die typischen Eigenschaften dieser Personengruppe. Vorurteile hingegen zeichnen sich durch ihre affektive Komponente aus. Sie sind eine gefühlsmässige, eindeutig negative Einstellung gegenüber einer einzelnen Person oder einer Gruppe und werden primär von unangenehmen Emotionen begleitet. Spezifisch für Stereotype ist zudem die Tatsache, dass sie sowohl positive als auch negative Urteile umfassen können, während sich Vorurteile in der Regel auf ausschliesslich negative Einschätzungen beschränken. (1999, S.55f)

Wie ein roter Faden zieht sich durch die Literatur die Ansicht, dass es ein negativ gefärbtes Altersstereotyp bzw. ein Altersstigma gibt (vgl. Filipp & Mayer, S.66f). Das Vorhandensein von Stereotypen bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass sie im Umgang mit Personen wirksam werden müssen. Erst wenn das Stereotyp, das zunächst nur im Kopf vorhanden ist, aktiviert wird, kommt es zu einer Stigmatisierung (auch Stereotypisierung genannt). Stark vereinfacht besagt diese Theorie, dass bei der Begegnung einer Person diese aufgrund ihrer äusseren Erscheinung, ihres Verhaltens oder Auftretens automatisch einer sozialen Kategorie (z. B. „alter Mensch“) zugewiesen wird. Dieser Prozess aktiviert den entsprechenden Stereotyp und führt in der Interaktion mit diesem Menschen zur Stigmatisierung. (S.78f) Ein vorhandener Stereotyp

könnte beispielsweise lauten, dass alte Menschen generell Gedächtnisprobleme haben. Wird dann einer älteren Person aufgrund ihres kalendarischen Alters vermittelt, dass sie keine Computerkenntnisse erlangen kann, ist der Stereotyp aktiviert und führt zur Stigmatisierung. (Filipp & Mayer, 1999, S.121)

Backes und Clemens weisen darauf hin, dass es auch zu einer positiven Stigmatisierung kommen kann. Wird beispielsweise die Aktivitätstheorie, die davon ausgeht, dass der Mensch bis ins hohe Alter lern- und veränderungsfähig bleibt, undifferenziert für das Alter generell betrachtet, kommt dies einer positiven Stigmatisierung gleich. (2003, S.58f)

3.4.2 Altersbilder früher und heute

„Früher war alles anders.“ Im Vorfeld der Bachelorarbeit haben sich die Autorinnen oft mit Personen im privaten Umfeld über das Thema Alter unterhalten. Auch wenn diese Umfrage keinesfalls repräsentativ ist, fällt auf, dass die Befragten mehrheitlich der Meinung sind, das Alter sei in früheren Jahrzehnten sehr respektiert gewesen. Heute hingegen werde den Alten kaum noch einen Wert in der Gesellschaft zugesprochen und das Alter sei eher negativ bewertet.

Diese Hypothese der Veränderung des Altersbildes vom Positiven zum Negativen konnten die Literaturrecherchen nicht bestätigen. Das Ansehen alter Menschen schien bereits in früheren Jahrzehnten eher negativ zu sein. Buhofer und Waller (1977) benutzen Begriffe wie „Schrotthaufen“ oder „Abstellgleis“ und Braun (1981) spricht von der „Sozialeiche“, um die öffentliche Meinung früherer Generationen über das Alter zu beschreiben. (zit. in Pohlmann, 2004, S.92)

Borscheid (1994) weist darauf hin, dass bereits die vorindustrielle Gesellschaft nicht sehr sanft mit ihren Alten umgegangen ist. In seiner Analyse stellte er fest, dass sich bereits früh in der Geschichte eine „doppelte Sicht des Alters“ und des älteren Menschen zeigt. So ist das Alter schon immer mit Krankheit assoziiert gewesen und ältere Menschen sind als nutzlos betrachtet worden. Auf der anderen Seite hat es immer auch die positive Wertschätzung gegenüber Menschen im Alter gegeben. Ihnen wurden Lebenserfahrung, spezielle Kenntnisse und Fertigkeiten zugeschrieben. Daher lassen sich auch in der heutigen Gesellschaft differenzierte Altersbilder mit positiven und negativen Zuschreibungen finden (zit. in Filipp & Mayer, 1999, S.12) Diese doppelte Sicht des Alters wird in vielen Quellen beschrieben und nach Stearns (1992) wird der Status keiner gesellschaftlichen Gruppe so ambivalent bewertet wie jener der alten Menschen (zit. in Rosenmayr, 1996, zit. in Filipp & Mayer, 1999, S.12).

3.5 Gesellschaftliche Altersbilder

Wie sieht nun aber die moderne Gesellschaft den alten Menschen? Welche Altersbilder lassen sich erkennen und wie erlebt sich der alte Mensch selbst? So wie es nicht möglich ist, *die* Alten oder *das* Alter zu beschreiben, kann nicht generell aufgezeigt werden, wie *die* Gesellschaft bzw. *der* alte Mensch *das* Alter sieht. Jedoch hat die Wissenschaft in den vergangenen Jahren zahlreiche Studien durchgeführt, um der Antwort dieser Frage näherzukommen. An dieser Stelle werden einige der empirisch erforschten Altersbilder erläutert, ohne Anspruch auf Vollständigkeit oder Allgemeingültigkeit.

Lehr (2007) verglich diverse Studien, die dem Bild des älteren Menschen in der Gesellschaft nachgehen und fasst drei der wichtigsten Ergebnisse zusammen: Das Altersbild ist grundsätzlich negativ gezeichnet und Stereotypen sind weit verbreitet. Am negativsten ist das Bild des alten Menschen bei den jüngeren Personengruppen vertreten (Schneider, 1970, zit. in Lehr, S.199f). Das Altersbild erfährt jedoch mit zunehmendem Lebensalter eine positivere Farbe und die Unterschiedlichkeit älterer Menschen in ihrem Verhalten wird zunehmend anerkannt (Celejewski & Dion, 1998; Wentura, Dräger & Brandtstädter, 1997, zit. in Lehr, S.199f). Weiter ist nicht nur das Lebensalter ausschlaggebend für das Bild des alten Menschen, sondern auch die Lebenssituation der Befragten. So wirkt sich beispielsweise eine eigene positive Stimmungslage und gesundheitliches Wohlbefinden auf die Beurteilung anderer Menschen günstig aus. (Tuckman & Lorge, 1953, zit. in Lehr, S.199f)

Zu einem etwas positiveren Ergebnis kommen Stuckelberger und Höpflinger (2000). Sie haben sich im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms zum Thema Alter (NFP 32) mit den Fremd- und Selbstbildern befasst. Obwohl das Alter auch hier eher negativ bewertet wurde, sind sie der Meinung, dass die negativ gefärbten gesellschaftlichen Altersbilder neuen Vorstellungen Platz machen, die auch die positiven Aspekte des Alters betonen. (S.62)

In ihrer Forschungsstudie wurden junge Leute zwischen 20 und 24 Jahren über ihre Sichtweisen zum Alter befragt. Gleichzeitig mussten ältere Personen im Alter von 65 bis 74 Jahren Aussagen über das Alter treffen. Aufgrund einer detaillierten Analyse auf der Basis von zehn in der Öffentlichkeit oft vertretenen Sichtweisen zum Alter gelang es Stuckelberger und Höpflinger, einige Grundansichten zu erkennen. (S. 62) Diese Ergebnisse können durch die qualitativen Erhebungen von Pohlmann (2004, S.96f) weitgehend bestätigt werden. Seine Studie stützt sich auf die Befragung von rund 311 Personen, welche in die Gruppen „Jung“ (20 bis 64 Jahre) und „Alt“ (ab 65 Jahren) eingeteilt wurden. Die Probandinnen und Probanden wurden gefragt, welche Vorstellungen in der Gesellschaft mit dem Alter verbunden sind. Im Folgenden werden die zentralen Aussagen der beiden Studien aufgeführt.

Altersattribute Alte Menschen ...	Stuckelberger & Höpflinger		Pohlmann	
	Jung	Alt	Jung	Alt
... erleben einen Verlust früherer Fertigkeiten	+	++		
... sind einsam und isoliert	+++	++	+++	++
... sind konservativ	+	++	++	+
... sind desorientiert und haben Gedächtnisprobleme	+	++		
... sind aktiv im Alter	+	++		
... leben ein geruhames Leben	+	++		
... sind häufig krank	+++	+++	+++	+++
... sind unzufrieden und kauzig			+	++
... sind weise und haben die Jungen zu lehren	++	+	+	
... haben viel Erfahrung			++	+

+ = teilweise genannt, ++ = oft genannt, +++ = überwiegende Mehrheit

Abbildung 3: Gesellschaftliche Sichtweisen zum Alter, eigene Darstellung (Quelle: Roux et al., 1994, zit. in Stuckelberger & Höpflinger, 2000, S.64f, Pohlmann, 2004, S.97)

Gesamthaft betrachtet werden von beiden Gruppen mehr negative als positive Merkmale aufgezählt. Im Gegensatz zu den analysierten Studien von Lehr formuliert die jüngere Gruppe jedoch deutlich mehr positive Eigenschaften als die ältere Gruppe. Die teilweise widersprüchliche Kombination von positiven und negativen Altersbildern, sowohl bei den jungen als auch bei den älteren Befragten, sehen Stuckelberger und Höpflinger unter anderem in der Zweideutigkeit der Lebensphase Alter, die neben Entwicklungschancen auch unweigerlich Risiken mit sich bringt. (2000, S.61f) Diese doppelte Sicht des Alters wird auch von Carls (1996) bestätigt. Er bezeichnet das Altersstigma als eine Illusion einer realitätsfernen akademischen Diskussion und betont, dass in der Gesellschaft zahlreiche differenzierte Altersbilder anzutreffen sind. (zit. in Pohlmann, 2004, S.95). Die unterschiedlichen Altersbilder treten laut Pohlmann (2004) nicht nur zwischen den gesellschaftlichen Individuen auf. Er bestätigt die von Lehr verglichenen Studien und betont, dass sich die Ansicht der Einzelpersonen über einen längeren Erhebungszeitraum verändert. (S.95)

Sozialwissenschaftler und Sozialwissenschaftlerinnen sind sich einig, dass die gesellschaftlich negativen Altersbilder genährt werden von mangelndem Wissen über das Alter und von der Vorstellung der alten Menschen als einem homogenen Block. Interessanterweise zeigen verschiedene Studien, dass Altersklischees von jüngeren Probandinnen und Probanden vorwiegend bei der anonymen Beschreibung des Alters vorkommen. Werden sie gefragt, ob die Altersklischees auch auf ihnen gut bekannte ältere Personen zutreffen, wird vorrangig die Individualität des älteren Menschen betont. Anonyme Beschreibungen des Alters verlieren also an Bedeutung, sobald konkrete soziale Beziehungen vorhanden sind. (Pohlmann, 2004, S.92f)

3.5.1 Befürchtungen im Hinblick auf das Alter

Das Nationale Forschungsprogramm (NFP 32) hat in einer weiteren Befragung dieselben Probandinnen und Probanden nach ihren Befürchtungen angesichts des Alters befragt. Dazu wurden ihnen 10 negative Aspekte des Alterns zur Auswahl vorgelegt:

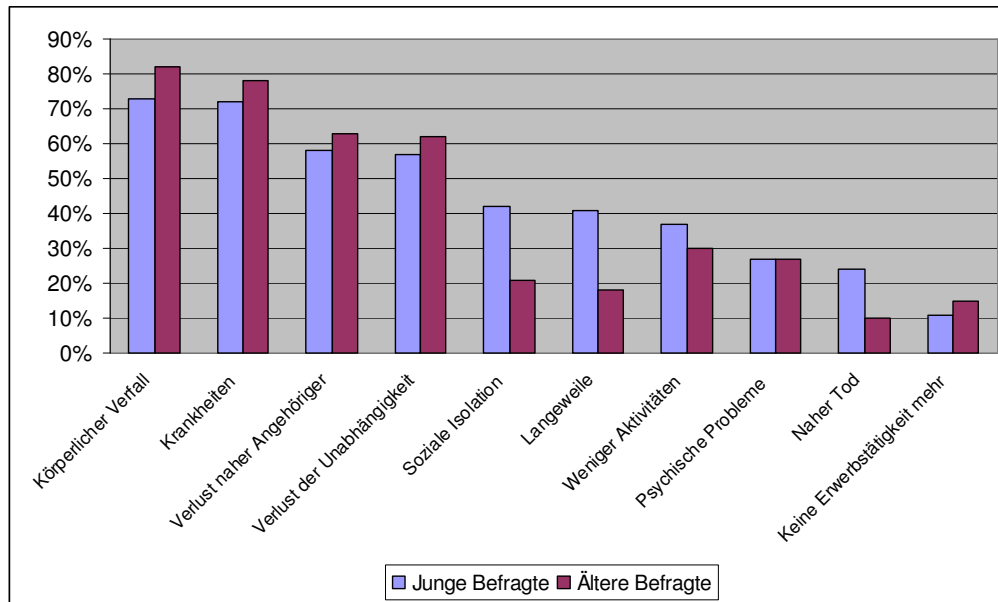


Abbildung 4: Befürchtungen in Anbetracht des Alters (Quelle: Roux et al., 1994, zit. in Stuckelberger & Höpflinger, 2000, S.67)

Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl die jungen wie auch die älteren Personen den körperlichen Verfall und Krankheiten am meisten fürchten, gefolgt vom Verlust naher Angehöriger und der eigenen Unabhängigkeit. Die Gefahr der sozialen Isolation im Alter wurde von den jüngeren Befragten entsprechen dem Stereotyp, Alter und Einsamkeit gleichzusetzen, deutlich stärker betont als von den älteren Befragten. Obwohl das Fehlen einer Erwerbstätigkeit in den Alterstheorien hoch gewichtet wird, steht dieser Aspekt am Schluss der Liste. (Stuckelberger & Höpflinger, 2000, S.66f)

3.5.2 Hoffnungen im Hinblick auf das Alter

Die beiden Altersgruppen wurden ebenfalls hinsichtlich der Hoffnungen und Chancen des Alters befragt, wobei ihnen wiederum 10 Aspekte vorgelegt wurden:

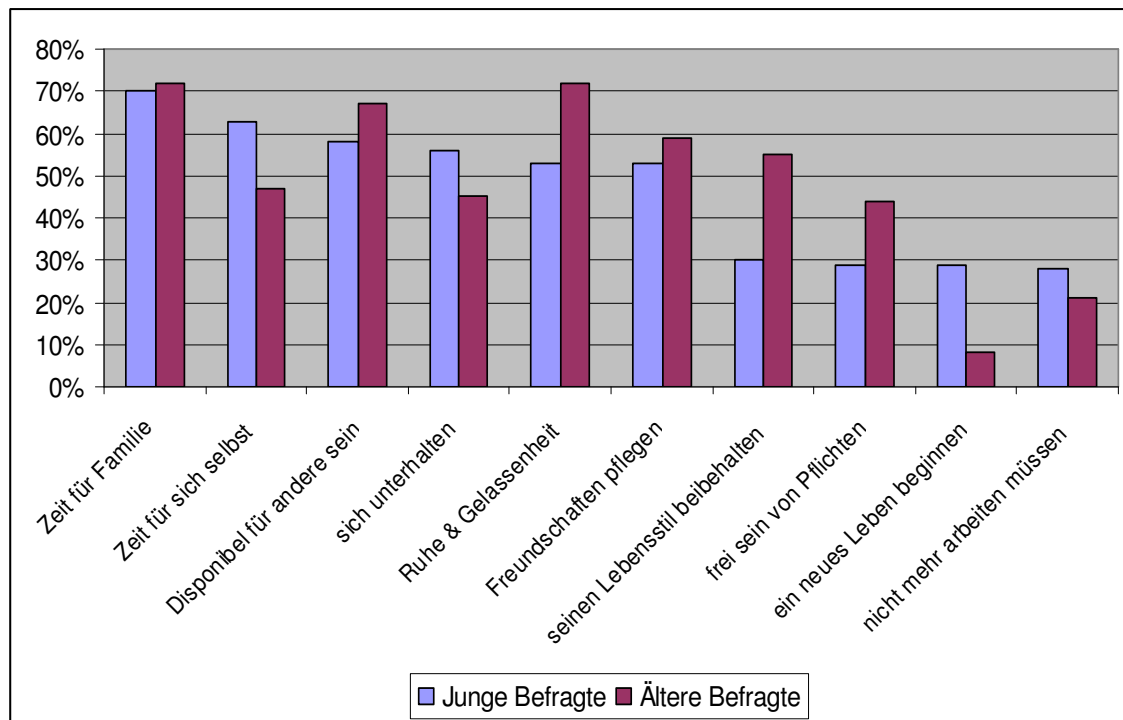


Abbildung 5: Hoffnungen angesichts des Alters (Quelle: Roux et a., 1994, zit. in Stuckelberger & Höpflinger, 2000, S.66f)

Beide Gruppen betonen die zeitliche Verfügbarkeit des Alters. Während die jüngeren Personen vor allem die freie Zeit für sich selbst hervorheben, betonen die älteren Befragten die Zeit für andere. Als positive Möglichkeit des Alters nennt ein Grossteil der älteren Personen die Ruhe und Gelassenheit. Die Beibehaltung des bisherigen Lebensstils ist für gut die Hälfte der älteren Befragten ein wichtiges Ziel, was der Kontinuitätsthese von Atchley entspricht (vgl. Kap. 3.3.2). (Stuckelberger & Höpflinger, 2000, S.66f)

3.6 Das Altersbild in den Medien

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass in der Bevölkerung neben einigen positiven Altersbildern vorwiegend negative Stereotypisierungen vorhanden sind. Während früher die Bilder über das Alter vor allem über Märchen und Sagen weitergegeben wurden, haben heutzutage die Medien und die Werbung diese Funktion inne (Backes & Clemens, 2003, S.60). Die Altersbilder in den Massenmedien sind von zahlreichen Studien untersucht worden, wobei an dieser Stelle nur einige wenige vorgestellt werden.

Backes und Clemens (2003) zitieren Untersuchungen von Tews (1993) und Niederfranke (1999), die belegen, dass ältere Menschen in den Medien unterrepräsentiert sind. Die Vielfalt

des Alters wird kaum abgebildet, vielmehr erscheinen alte Menschen als Opfer, Kranke und Sterbende und kommen insgesamt seltener zu Wort als andere Altersgruppen. In Zeitungen und Zeitschriften werden Ältere im Zusammenhang mit Pflege und Altershilfe erwähnt. Ausserdem werden die „jungen“ und „aktiven“ Alten genannt, die ein „neues Alter“ propagieren. (S.60) (vgl. Kap. 3.3.2)

Auch Lehr kommt nach der Analyse diverser empirischer Untersuchungen zum Schluss, dass die negativen Bilder des Alters in den Medien dominieren. Neben den negativen Stigmatisierungen wie beispielsweise der Darstellung alter Menschen, die in Krankenhäusern ans Bett gefesselt sind, und den positiven Stigmatisierungen, wie derjenigen vom 75-jährigen reisefreudigen Pensionär ohne Alterszeichen, sieht sie eine erfreulichere Entwicklung. Neuere Studien belegen, dass ältere Menschen in Spielfilmen vermehrt von der positiven Seite gezeigt werden. Sie sind körperlich gesund, durchschnittlich attraktiv und ihnen wird Kompetenz zugesprochen. (Kessler, Rakoczy & Staudinger, 2004, zit. in Lehr, 2007, S.330f). Das Altersbild der Medien kommt nach Lehr der Realität des Alters langsam entgegen. Deutlich realitätsfremd ist jedoch das Verhältnis der dargestellten älteren Männer und Frauen, welches 77% zu 23% beträgt. In der Realität ist das Verhältnis geradewegs umgekehrt. (S.329f)

Besonders die Werbung, die in den letzten Jahrzehnten einen deutlichen Wandel erlebt hat, spielt eine wesentliche Rolle bei der Übermittlung von Altersbildern. Zeitschriften, Zeitungen sowie die elektronischen Medien prägen das gesellschaftliche Altersbild subtil und wirkungsvoll. Die Untersuchungen zeigen, dass die Stereotypen über alte Menschen durch die Werbung verstärkt werden. In der Werbung überwiegt die Darstellung der „neuen Alten“, die für Fitness und Attraktivität stehen, aktiv, konsum- und reisefreudig sind und über wirtschaftliche Kaufkraft verfügen. (vgl. Backes & Clemens, 2003, S.60, Prahl & Schroeter, 1996, S.82f)

Gemäss Pohlmann (2004) stellt diese Bevölkerungsgruppe aus der Sicht der Wirtschaft aufgrund ihrer Kaufkraft eine ausserordentlich wichtige Gruppe dar. Das Alter wird rundweg positiv dargestellt, was in enthusiastischen Umschreibungen wie „Golden Oldies“, „Best Ager“ oder „Winning Generation“ zum Ausdruck kommt. (S.92f)

3.7 Das Selbstbild älterer Menschen

Die nähere Betrachtung der Tabelle „Gesellschaftliche Sichtweise zum Alter“ im Kapitel 3.5 zeigt, dass nicht nur jüngere Befragte zur Stereotypisierung beitragen, sondern dass das Bild, welches sich alte Menschen über sich selbst machen, ebenfalls nicht besonders positiv ist.

3.7.1 Die „self-other“ - Diskrepanz

Eine schlüssige Erklärung für das teils negative Altersbild älterer Menschen ist der in vielen Studien nachgewiesene Befund der „self-other“ - Diskrepanz. Damit wird das Phänomen bezeichnet, bei welchem ältere Menschen stark zwischen dem generalisierten und selbstbezogenen Altersbild unterscheiden. (Backes & Clemens, 2003, S.37) Das generalisierte Altersbild einer älteren Person kann demnach vermitteln, ältere Menschen seien desorientiert. (vgl. Abbildung 3) Obwohl die beurteilende Person das gleiche kalendarische Alter aufweist wie die „alten Desorientierten“, weicht ihr selbstbezogenes Altersbild davon ab, denn sie bezieht dieses Altersattribut nicht auf sich selbst. Wird sie jedoch tatsächlich mit Beeinträchtigungen konfrontiert, schreibt sie die erlebten Probleme ihren Altersgenossinnen und -genossen ebenfalls zu. (Backes & Clemens, 2003, S.37) Hat sich beispielsweise die Sehkraft vermindert, geht die Person davon aus, dass ältere Menschen generell ein Teil ihres Sehvermögens einbüßen.

Untersuchungen zeigen, dass die Lebenszufriedenheit der befragten älteren Personen umso höher ist, je eher sie davon ausgehen, dass ihre Altersgenossinnen und -genossen mindestens genauso viele und gravierende Probleme haben wie sie selbst. Die Bewältigungsforschung kennt den Begriff „false consensus“, der generell die Neigung bezeichnet, die eigene schwierige Lebenslage in einem angenehmeren Licht erscheinen zu lassen, indem ihre Besonderheit im sozialen Vergleich heruntergespielt wird. (vgl. Kearl, 1981; O’Gorman, 1980; zit. in Filipp & Mayer, 1999, S.37f)

3.7.2 Selbstbild und Fremdbild älterer Menschen

Ist das Alter einer Person in einer Verhaltensklärung dominant, werden andere Ursachen eines Verhaltens oft gar nicht mehr in Betracht gezogen. Der Beobachter gibt sich mit der Erklärung zufrieden, dass das Verhalten „am Alter“ liegt. Diese Altersstereotypisierung ist so bedeutungsvoll, weil sie das Selbstbild älterer Menschen wesentlich beeinflusst. (Green, 1998, zit. in Filipp & Mayer, 1999, S.120)

Zahlreiche Studien haben sich mit der Frage befasst, wie die Altersbilder bzw. die Altersstereotypen auf ältere Menschen einwirken. Aus diesen Untersuchungen wird deutlich, dass zwischen dem Selbstbild und dem Fremdbild älterer Menschen eine Diskrepanz besteht. Ein Kontrast zwischen dem, was man als älterer Mensch noch tun möchte und auch noch tun kann, und dem, was die Gesellschaft bzw. die anderen Menschen von einem erwarten. Der ältere Mensch

fühlt sich vielleicht durchaus noch leistungsfähig, wird jedoch von der Gesellschaft mit anderen Erwartungen konfrontiert und versucht sich den Erwartungen entsprechend zu verhalten. Das kann dazu führen, dass der Lebensraum beschränkt und Dinge nicht mehr getan werden, die eigentlich noch möglich wären und Freude bereiten würden. Beispielsweise würde eine ältere Frau vielleicht gerne wieder einmal tanzen gehen, tut es aber nicht, weil es „dumm“ aussehen und sie belächelt werden könnte. Sie verzichtet auf diese Aktivität, „weil man es in dem Alter nicht mehr erwartet“. (Lehr, 2007, S.202f)

Verhaltenserwartungen verändern nicht nur das Verhalten einer Person, sondern auch ihre Selbstwahrnehmung. Wenn alten Menschen zurückgemeldet wird, Leistungseinbussen des Gedächtnisses seien auf ihr Alter zurückzuführen, mag dies dazu führen, dass sie auch kaum Anstrengungen unternehmen, ihre Leistungsfähigkeit zu steigern, sie letztendlich also unter ihrem eigenen Kompetenzniveau handeln. Lehr (2007) betont, dass die gesellschaftlichen Verhaltenserwartungen sich häufig nicht an der Realität orientieren, sondern an traditionellen und oft stereotypen Vorstellungen. Das gesellschaftliche Bezugssystem ist demnach ein ausschlaggebender Faktor für das eigene Selbstbild und für das Alltagserleben. Es sind oft die Erwartungen anderer Menschen, welche die ältere Person zu „altersgemässen“ Verhaltensweisen zwingt, und weniger die eigenen Wünsche oder das Nachlassen von Fähigkeiten. Weiter haben die Studien aufgezeigt, dass die Altersbilder und Stereotypisierungen nicht nur das reale Verhalten älterer Menschen bestimmen. Die verankerten Rollenvorstellungen bewirken zudem bei den Jüngeren eine negative Erwartungshaltung dem Älterwerden gegenüber und bestimmen das eigene Erleben im Alter. (vgl. Lehr, S.203f) Stahlberg et al. (1988) fassen die Differenz zwischen dem Selbst- und Fremdbild alter Menschen mit der Feststellung zusammen, „dass wir uns zwar nicht immer so erleben, wie die anderen uns sehen, wohl aber, dass wir uns häufig so sehen, wie wir denken, dass andere uns sehen“. (zit. in Lehr, 2007, S.204)

Was bedeutet das Altern in unserer heutigen Gesellschaft? Kapitel 2 und 3 beantworten die erste Teilfrage und zeigen die Herausforderungen und Chancen der Lebensphase Alter auf. Auf der einen Seite bedeutet altern in unserer Gesellschaft, mit einer Reihe von negativen Altersstereotypen bzw. Vorurteilen konfrontiert zu werden. In einem System, welches die Jugendlichkeit glorifiziert und in dem neue technologische Entwicklungen zu raschen Veränderungen führen, geschieht es leicht, dass alte Menschen damit nicht mehr zurechtkommen. Auf der anderen Seite korreliert alt sein nicht automatisch mit Krankheit und Gebrechlichkeit. Die neue Lebensphase birgt nicht zuletzt durch die längere Lebenserwartung Chancen und individuelle Gestaltungsmöglichkeiten. Trotzdem beendet eine zunehmende Anzahl älterer Menschen ihr Leben, weil sie es nicht mehr als lebenswert empfinden. Das nächste Kapitel widmet sich der Suizidthematik und erläutert mögliche Erklärungsansätze.

4. Erklärungsansätze für Suizidalität im Alter

Was sagt die Statistik über die Verbreitung der Alterssuizidalität? Was treibt einen alten Menschen am Ende des Lebens dazu, sich den Tod zu geben, nachdem das bisherige Leben doch gemeistert worden ist? Was haben dabei das Individuum und die Gesellschaft für einen Stellenwert? Diesen und weiteren Fragen wird im folgenden Kapitel nachgegangen. Abschliessend zeigen die Autorinnen Zusammenhänge zwischen dem zweiten, dritten und vierten Kapitel auf.

4.1 Epidemiologie

Laut Wolfersdorf (1994, zit. in Plitt, S.15) dient die epidemiologische Forschung in der Suizidologie einerseits der Erfassung von Suizidraten und Zahlen suizidalen Verhaltens wie zum Beispiel der Häufigkeit suizidalen Verhaltens in verschiedenen Ländern oder Gesellschaftsformen. Andererseits dient sie der Betrachtung unterschiedlicher Entwicklungen wie zum Beispiel des Verlaufs der Suizidraten über mehrere Jahre hinweg. Schliesslich können durch die epidemiologische Forschung Risikogruppen und -faktoren festgestellt werden.

Das Bundesamt für Statistik hat 2005 eine Publikation zu den Todesursachen von 1970 bis 2004 veröffentlicht, wobei auch die Suizidraten enthalten sind. In der Schweiz sterben jährlich 1'300 Personen durch Suizid. Deutlich zugenommen haben die Selbsttötungen bei den Personen ab 80 Jahren. Laut Danièle Bersier vom Bundesamt für Polizei dürfte die Zahl der Suizide im Jahr 2007 auf 1'800 angestiegen sein. Dies entspricht einer Zunahme von 20%, wobei eine Aufschlüsselung nach Alter noch nicht möglich ist. Mit dem demografischen Wandel häufen sich die Suizide im Alter. Im Jahr 2003 waren von den insgesamt 1'269 Suizidenten 428 älter als 65 Jahre. Dies hält das Bundesamt für Gesundheit in seiner Publikation fest. Jeder dritte Suizid betrifft also einen Rentner oder eine Rentnerin. Die Prognose zeigt, dass in den nächsten Jahren mit einer Zunahme der Suizide der Menschen im höheren Alter gerechnet werden muss. (Beat Bühlmann, 2008)

Obwohl Statistiken zu Suizidhandlungen existieren, ist sich die Literatur einig, dass diese grundsätzlich als Schätzung angesehen werden müssen. Martin Teising (1992) spricht von einer grossen Dunkelziffer, die nur schwer abzuschätzen ist (S.25).

Grund dafür ist laut Bronisch, Erlemeier und Teising (zit. in Plitt, 2006, S.16) die heikle Frage, ob die Person durch eine bestehende Krankheit oder durch Suizid gestorben ist, weil im höheren Lebensalter die Wahrscheinlichkeit, an einer tödlichen Krankheit zu leiden, zunimmt. Auch das bewusste Absetzen lebensnotwendiger Medikamente oder die Nahrungsverweigerung sind nur schwer oder überhaupt nicht erfassbar (S.16). Weiter liegt das Problem einer zuverlässigen Erfassung von Suiziden darin, dass die meisten Todesursachenfeststellungen durch Ärzte gemacht werden (Teising, S.25). Laut Christine Swientek (2008) neigen sie dazu, einen Alters-

selbstmord nicht als einen solchen zu benennen, weil sie beispielsweise die Familienmitglieder schonen oder weil sie sich und den Beteiligten die Arbeit und den Zeitaufwand ersparen wollen. Gerichtsmediziner beklagen, dass die Ärzte oft keine ausreichende Aus- und Fortbildung zur Klärung der Todesursache haben. Weiter bemängeln sie, dass die Ärzte sich zu wenig Zeit nehmen, die Leiche auf die Todesursache zu untersuchen. Scheinbar wird bei einer länger andauernden Krankheit zu schnell der Totenschein auf diese Krankheit als Todesursache ausgestellt. (S.32)

Ein weiterer Grund, der die Statistik verfälscht, sind die vielen Einzelverkehrsunfälle, welche nicht als Suizid erfasst werden. Eine Schätzung geht davon aus, dass bis zu 15% in suizidaler Absicht geschehen. (Teising, 1992, S.25)

Teising sieht auch den Drogen- und Medikamentenmissbrauch als selbstschädigend, ebenso wie zufällig zugefügte Verletzungen oder das Rauchen. Die genannten Verhaltensweisen können nicht direkt als suizidale Handlungen angesehen werden, sie sind seines Erachtens jedoch Ausdruck davon, dass oft unbewusste Motive eine wichtige Rolle spielen wie beispielsweise der Suizid auf Raten bei einer drogenabhängigen Person. (S.25)

Die Statistik wird ausserdem verfälscht, weil Suizid häufig tabuisiert wird. Teising nennt hier versicherungsrechtliche Gründe oder Gründe der vermuteten bzw. moralischen Strafbarkeit. Gemeint ist damit beispielsweise das Verbot der katholischen Kirche, Selbstmörder christlich zu bestatten. Ungeachtet der Aufhebung dieses Verbots 1983, wurde in vielen Fällen anders gehandelt. (S.25)

Trotz der vielen Motive für die Dunkelziffer der Suizide sind klare Tendenzen und Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den verschiedenen Altersgruppen ersichtlich (Hirzel-Wille, 2002, S.91).

Die nachfolgenden Darstellungen zeigen die Entwicklungen der Mortalitätsraten der Suizide der Frauen und Männer von 1970 bis 2004.

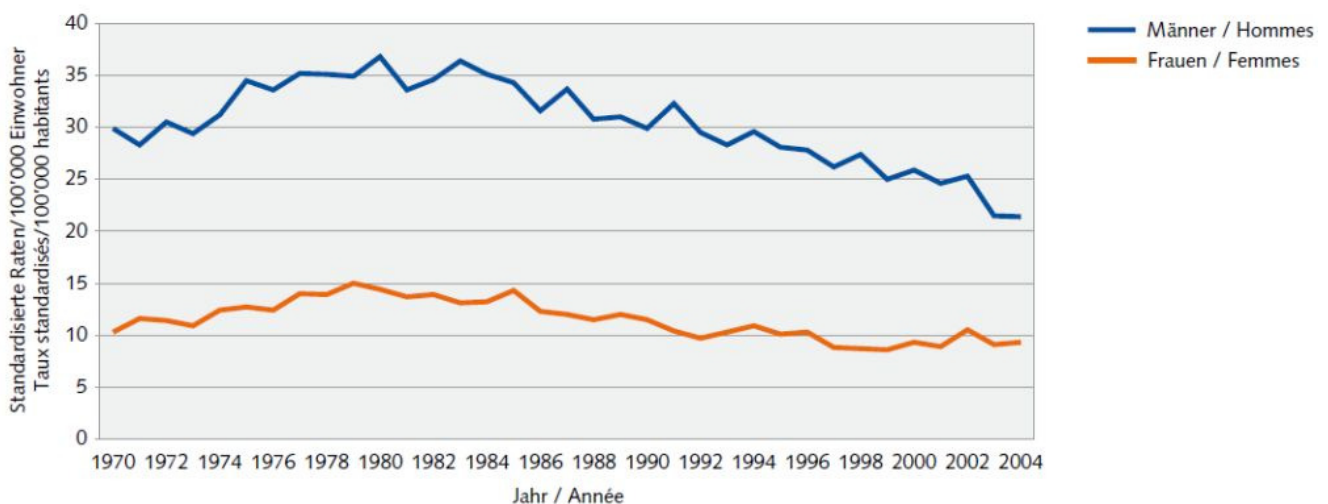


Abbildung 6: Mortalitätsraten der Suizide von 1970 bis 2004. (Quelle: BFS, 2008, S.53)

In Abbildung 6 wird deutlich, dass die Mortalitätsrate insgesamt seit 1970 gesunken ist und 1980 ihren Höhepunkt erreicht hat. Auch die Fälle des assistierten Suizides, auf welchen die Autorinnen nicht näher eingehen werden, sind in diese Zahlen eingeschlossen.

Deutlich erkennbar ist auch, dass Männer durchschnittlich zwei- bis dreimal so häufig Suizid begehen wie Frauen. (BFS, 2008, S.53)

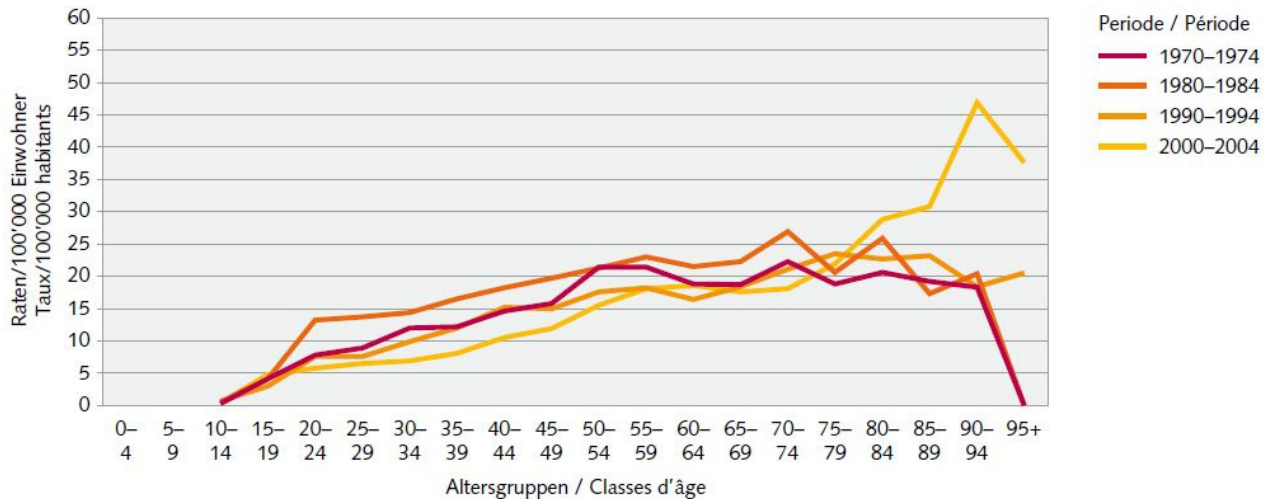


Abbildung 7: Suizidraten der Frauen (Quelle: BFS, 2008, S.54)

Abbildung 7 zeigt die altersspezifische Mortalitätsrate der Frauen in der gleichen Periode. Der Suizid nimmt bei den Frauen im Alter leicht zu. Während bei den 20-Jährigen die durchschnittliche Suizidrate bei etwa 10 pro 100'000 Einwohner liegt, sind es bei den 80-Jährigen etwa 20 pro 100'000. Was jedoch beachtet werden muss, ist das Geburtsjahr der Frauen. Nach 1910 geborene Frauen weisen im Alter von 90 bis 94 Jahren eine Rate von 50 pro 100'000 auf, während für die Generation der zwischen 1890 und 1894 geborenen Frauen diese Rate unter 10 pro 100'000 liegt.

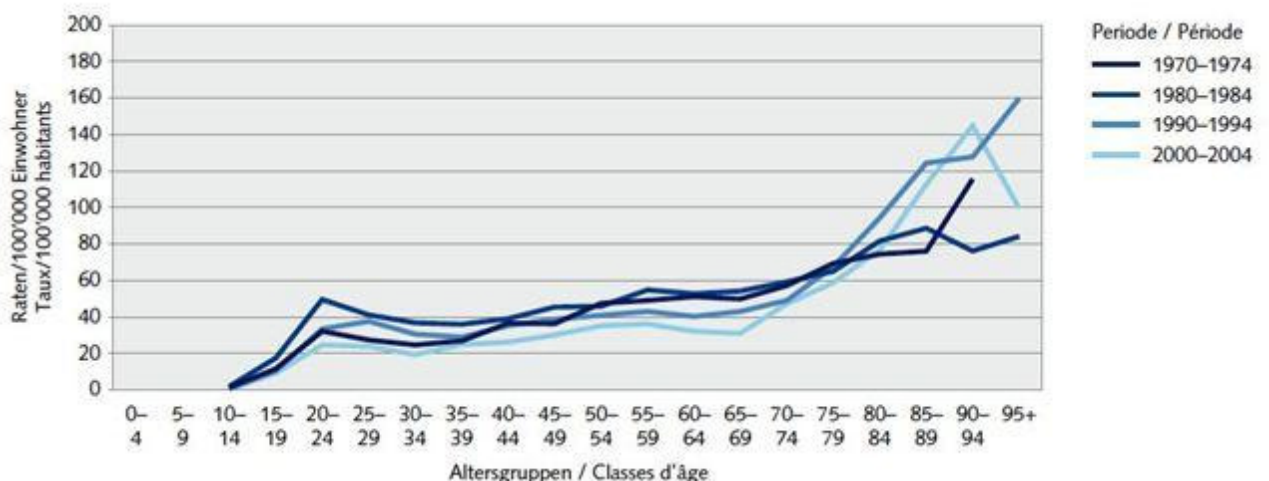


Abbildung 8: Suizidraten der Männer (Quelle: BFS, 2008, S.55)

In Abbildung 8 wird die Entwicklung der Suizide bei Männern beleuchtet. Die Suizidrate steigt mit höherem Alter exponentiell an. Das heisst, die Rate liegt bei den 20- bis 50-jährigen Männern bei etwa 40 pro 100'000 und bei den 90-jährigen Männern bei etwa 100 auf 100'000 Einwohner. Wie auch bei den Frauen, zeigt sich bei den über 80-jährigen Männern ein Generationeneffekt: Die nach 1900 geborenen Männer weisen deutlich höhere Suizidraten auf als die vor 1900 geborenen. (BFS, 2008, S.55)

Anhand der Statistik wird also ersichtlich, dass das Suizidrisiko mit zunehmendem Alter steigt. Auch internationale Studien im Vergleich können dieses Phänomen bestätigen. In der Literatur spricht man von einem sogenannten „ungarischen Muster“, d. h. für die alten Altersgruppen ist ein wesentlich höheres Suizidrisiko als für die jüngeren festzustellen (Armin Schmidke, Roxane Sell & Cordula Löhr, 2007, S.12). Ungarisch wird es genannt, weil das „U“ für die abzubildende Kurve steht.

Die dargestellten statistischen Ausführungen geben wenig Auskunft über die Gründe für die steigende Zahl der Alterssuizide. Die Autorinnen möchten sich im folgenden Kapitel dieser Frage annähern und legen verschiedene Erklärungen dar.

4.2 Suizidtheorien

In der modernen Zeit der Wissenschaft wird in der Suizidforschung sowohl von psychologischen wie auch von soziologischen Theorien ausgegangen. Jedoch kann keine Theorie für sich in Anspruch nehmen, die Entstehung des Suizides abschliessend und vollumfänglich erklären zu können. Es ist bis heute auch nicht gelungen, die Theorien zu einer Gesamtheorie zusammenzuführen. Im Allgemeinen wird der Suizid als multifaktorielles Phänomen geschildert, weil es aufgrund der Komplexität meist nicht ausreicht, den Suizid auf nur einer Ebene zu erklären. Die Suizidtheorien sollen uns vor allem helfen zu verstehen, warum Individuen Suizid begehen oder ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen.

Nachfolgend sind die Hauptströmungen aufgeführt, die auf ihre Weise versucht haben, den Suizid zu erklären. Nebst der soziologischen Theorie gehen die Autorinnen auf den biologischen und den psychologischen Erklärungsansatz ein und stellen zum Schluss ein multifaktorielles Modell zur Erklärung des Alterssuizides vor.

4.2.1 Soziologischer Ansatz nach Emile Durkheim

Emile Durkheim, Soziologe des 20. Jahrhundert und Gründer der modernen Soziologie, stellte in seinem Buch „le suicide“ (der Selbstmord) eine Theorie suizidalen Verhaltens auf. Nach seinem Verständnis ist der Suizid Ausdruck sozialer Bedingungen, obwohl er in den meisten Fällen auf einem ganz persönlichen Willensakt beruht. (Teising, 1992, S.50)

Durkheim sagt, dass das Soziale grundsätzlich und überall das Individuelle dominiert. (Jonas, 1969, zit. in Christel Christe, 1989, S.77). Statistische und psychologische Untersuchungen erscheinen ihm unbefriedigend, weil er davon ausgeht, dass die Selbstmordrate abhängig vom Ausmass gesamtgesellschaftlicher Integration ist. Das würde also bedeuten, dass die Suizidhäufigkeit abhängig vom Zustand der Gesellschaft ist. Das heisst, für den Einzelnen hängt die Suizidgefährdung davon ab, wie sehr er in die Gesellschaft eingebunden ist und sich mit ihr verbunden fühlt. (Teising, 1992, S.50)

Hinsichtlich der Beziehung zwischen dem Einzelnen und der Gesellschaft unterscheidet Durkheim drei Arten des Selbstmords: den egoistischen, den altruistischen und den anomischen (Teising, S.50). Allen drei Typen ist gemeinsam, dass dem Individuum ein problematisches Verhältnis zur Gesellschaft zugrunde liegt, das es zum Selbstmord treibt (Christe, S.78).

Der egoistische Selbstmord

Bei dieser Art von Suizid fehlt dem Individuum die Einbindung in die Gesellschaft. Es lebt isoliert und wird von der Gesellschaft sich selbst überlassen. (vgl. Hirzel-Wille, 2002, S.33) Egoistisch bezeichnet Durkheim diesen Selbstmord, weil er aus einer übermässigen Individuation entsteht. Das Individuum entfremdet sich von der Gemeinschaft und stellt seine Einzelpersönlichkeit über das Kollektiv. (Durkheim, 1983, zit. in Plitt, 2006, S.47) Ohne eine Integration in ein

System wie Familie, Ehe, Beruf oder eine Freizeitvereinigung kann gemäss Durkheim ein Individuum nicht existieren. In seinem Werk nimmt er kirchliche Institutionen als Beispiel und sagt, dass Menschen in religiösen Gemeinschaften, die vermehrt den Ritualen und Gemeinschaftsnormen nacheifern, geringere Suizidraten aufweisen. Fallen also starke soziale Bezüge zur Umwelt weg, kann dies zu einer höheren Suizidgefährdung führen. (vgl. Hirzel-Wille, S.33)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Mensch ein soziales Wesen ist und auf Interaktion wie auch auf Integration angewiesen ist. Die Tendenz der Individualisierung in unserer Gesellschaft könnte somit dazu beitragen, dass die sozialen Beziehungen im höheren Alter verloren gehen und dies zu einer steigenden Suizidrate im Alter führt.

Der altruistische Suizid

Diese Art der Selbsttötung ist eine Form der Selbstopferung. Das Individuum geht im Gegensatz zum egoistischen Suizid in der Gruppe völlig auf und identifiziert sich mit deren Zielen und Prinzipien. Nach Durkheim kommen altruistische Suizide in primitiven Gesellschaften und streng strukturierten, primitiven Gruppen wie der Armee häufiger vor. Hier steht das Individuum in starker Abhängigkeit zur Gesellschaft. Der Wert des Einzelnen ist in solchen Gesellschaften immer gering. (Plitt, 2006, S.47)

Demzufolge begeht jemand Suizid, der seine Ehre retten will. Lieber stirbt dieser Mensch, als den anderen zur Last zu fallen oder sein verbleibendes Leben in Schande zu verbringen. Bei dieser Art von Suizid wird auch klar ersichtlich, dass von der Gesellschaft ein Druck auf das Individuum ausgeübt wird, sich selbst zu töten. Anger und Bron (1977, zit. in Bodo de Vries, 1996, S.42) sehen den altruistischen Selbstmord im Sinne einer Befreiung von der Umwelt und einer Befreiung von der Last einer oft ungern getragenen Verantwortung.

Der anomische Suizid

Laut Wörterbuch der Sozialpolitik kann es dann zur Anomie kommen, wenn allgemein akzeptierte Regeln und Normen in der Gesellschaft fehlen. (Walter Leimgruber, Socialinfo) Gesellschaftliche Veränderungen wie Krisen, Umbrüche oder konjunkturelle Sprünge können einen Zustand der Normenlosigkeit hervorrufen. Dabei ist die Gesellschaft nicht mehr in der Lage, das Handeln des Einzelnen zu lenken und zu regeln. Folglich gerät der Einzelne in eine orientierungslose Situation. (Christe, 1989, S.80)

Nach Durkheim (zit. in Hirzel-Wille, S.34) ist der anomische Suizid die Folge einer schlagartigen Änderung des sozialen Status einer Person. Es kann sich um eine unerwartet eingetretene Armut, aber auch um einen überraschenden finanziellen Gewinn handeln. Ebenso sind plötzliche familiäre Ereignisse wie Scheidung oder der Tod eines Angehörigen ausschlaggebend, dass der Einzelne nicht mehr fähig ist, seine neue Lage zu meistern.

4.2.2 Biologischer Erklärungsansatz

Biologische Faktoren suizidalen Verhaltens beruhen hauptsächlich auf der Untersuchung von Familienstammbäumen. Bereits vor Jahren gelangte man zur Überzeugung, dass die Neigung zu Suizid vererbt wird und daher genetisch-biologische Ursachen hat. Verschiedene Studien belegen, dass der (Blut-)Verwandtschaftsgrad Auswirkungen auf die Suizidgefährdung hat. Wiederholt wurden unter den Eltern und nahen Verwandten suizidaler Menschen höhere Suizid- und Suizidversuchsrate gefunden als im familiären Umfeld nichtsuizidaler Personen. Wedler, Reimer und Wolfersdorf (zit. in Hirzel-Wille, 2002, S.59f) gehen davon aus, dass bei familiärer Häufung suizidalen Verhaltens eine angeborene Disposition vorstellbar ist. Auslöser können dabei Depressionen, andere psychische Krankheiten sowie Umweltbelastungen und die Lebensgeschichte sein.

Die biologische These wird vor allem durch die Ergebnisse von Zwillingsstudien gestützt. Eine Studie unter dänischen Zwillingen, bei der 19 eineiige und 58 zweieiige Paare untersucht wurden, zeigte folgendes Resultat: Bei vier d. h. 21% der eineiigen Paare tötete sich der andere Zwilling ebenfalls, während bei den zweieiigen Paaren sich keiner der Verbliebenen selber tötete. (Juel-Nielsen & Videbech, 1970; Comer, 1995, zit. in Hirzel-Wille, 2002, S.59f) Zu beachten ist jedoch, dass aufgrund solcher Befunde nicht nur genetische oder biologische Schlussfolgerungen zu ziehen sind. McIntosh (1994, zit. in Hirzel-Wille, S.59f) erwähnt, dass auch psychodynamische Interpretationen oder sozialpsychologische Erklärungen möglich sind.

Eine weitere biologische Auffassung des Suizids gründet auf dem Befund, dass Menschen, die Suizid begehen, häufig eine herabgesetzte Konzentration des Neurotransmitters Serotonin aufweisen. Es wird vermutet, dass bei depressiven Menschen eine niedrige Serotoninaktivität aggressive und impulsive Neigungen erzeugen kann, welche sie anfällig für Selbstmordgedanken und Selbstmordhandlungen macht. Die Konzentration des Serotonins nimmt mit zunehmendem Alter ab. Ob jedoch ein Zusammenhang zwischen der erhöhten Suizidalität im Alter und dem altersbedingten Rückgang der Serotoninkonzentration besteht, kann nur vermutet werden, da nur sehr wenige Untersuchungen an älteren Suizidopfern vorliegen. (vgl. Hirzel-Wille, 2002, S.59f)

4.2.3 psychologisch/psychiatrische Erklärungsansätze

Im Gegensatz zum sozialen Erklärungsansatz wird bei den psychologisch/psychiatrischen Theorien davon ausgegangen, dass das Suizidverhalten Ausdruck einer neurotischen und/oder psychotischen Fehlentwicklung ist. Die Ursachen von Suizidhandlungen werden deshalb im Individuum selbst und nicht in äusseren Situationen gesucht. (Christe, 1989, S.82)

Weil es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, auf alle Ansätze einzugehen, haben sich die Autorinnen für zwei Theorien entschieden. Dies sind die Narzissmustheorie, welche auf Sigmund Freud zurückzuführen ist, und das präsuizidale Modell nach Erwin Ringel (1953), welcher

von einer medizinisch-psychiatrischen Sicht ausgeht. Diese zwei Theorien wurden ausgewählt, weil sie einerseits gut mit dem Alter in Beziehung gesetzt werden können, andererseits von all den psychologischen Ansätzen am Verbreitetsten sind.

Die Narzissmustheorie

Prominente Vertreter dieser Theorie sind die Psychoanalytiker Heinz Henseler (1974) und Martin Teising (1992). Mit Narzissmus bezeichnet man einen Zustand, bei welchem sich ein Mensch zum Liebesobjekt wählt und somit auf seine eigenen Taten und Merkmale übermässig viel Wert legt und stark ichbezogen handelt (Lüdke, 1992, zit. in Plitt, S.51). Die Person hat ein starkes Bedürfnis nach Anerkennung, sie möchte wertgeschätzt, gemocht und geliebt werden. (Rainer Sachse, 2006, S.64)

Von einer narzisstischen Störung ist dann die Rede, wenn übermässig Selbstwert- oder auch Minderwertigkeitsgefühle auftreten. Suizidhandlungen sind laut Henseler Ausdruck einer tiefen narzisstischen Krise, bei der das Gleichgewicht zwischen Idealvorstellung und vorgefundener Realität nicht übereinstimmt. (vgl. Hirzel-Wille, 2002, S.43) Das können beispielsweise Kränkungen, Beleidigungen oder starke Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls sein (Lüdke, 1992, S.152, zit. in Plitt, 2006, S.51).

Das Individuum möchte in dieser Situation den Zustand des narzisstischen Gleichgewichts aufrecht erhalten. Es versucht sich mit den Kränkungen auseinanderzusetzen oder das Ideal zu korrigieren. Je nach Schweregrad der Kränkung reicht es jedoch nicht aus, den Zustand zu idealisieren oder zu verleugnen. Das Individuum entwickelt regressive Phantasien und hat den Wunsch nach einer Rückkehr in einen vorgeburtlichen oder frühkindlichen Paradieszustand vollkommener Versorgung und Glück, wobei das Risiko für Suizidhandlungen stark ansteigt. (Stimmer, 2000, zit. in Plitt, 2006, S.52)

Rolf D.Hirsch, Jens Bruder und Hartmut Radebold (2002) erwähnen, dass es sich bei jeder suicidalen Befindlichkeit und Handlung stets um einen Akt der Aggression im Rahmen einer schweren Depression bzw. einer narzisstischen Krise handelt (S.196).

Präsuizidales Syndrom nach Erwin Ringel

Erwin Ringel geht davon aus, dass das präsuizidale Syndrom eine seelische Befindlichkeit ist, die man vor einem Selbstmord feststellen kann. Die einzelnen Symptome dieses Syndroms helfen einem dabei, suizidgefährdete, insbesondere auch alte Menschen zu identifizieren. (Teising, 1992, S.59) Ringel erwähnt zudem, dass Suizidhandlungen in einer seelisch krankhaften Verfassung begangen werden und dass der Selbstmord keine blosser Reaktion auf irgendwelche Schwierigkeiten und Umstände ist, sondern vielmehr der Abschluss einer sich entwickelnden und steigernden Verhaltensweise der gesamten Persönlichkeit (Ringel, 1985, zit. in Christe, 1989, S.83). Gemäss Ringel beginnt diese Entwicklung in der frühen Kindheit und kann

ausgelöst werden durch traumatisierende Ereignisse wie zum Beispiel durch körperliche Schäden aber auch durch den frühzeitigen Verlust eines oder beider Elternteile oder durch zerrüttete Familienverhältnisse (vgl. Christe, 1989, S.83).

Die Symptom-Elemente des präsuizidalen Syndroms bestehen aus drei Bausteinen:

- der Einengung
- der gehemmten und gegen die eigene Person gerichteten Aggression
- den Selbstmordphantasien

Die einzelnen Elemente können auch zusammen wirken oder sich in ungünstigen Fällen gegenseitig verstärken, dabei wird die Wahrscheinlichkeit eines „erfolgreichen“ Suizidversuchs verstärkt (vgl. Christe, S.83).

1. Einengung

a) *Situativ eingeengt* sind laut Ringel die Menschen, die sich von der Umgebung bedrängt fühlen, in einer aussichtslosen Situation stehen und über immer weniger Handlungsmöglichkeiten verfügen. Die Behinderung kann sowohl durch äussere objektive Faktoren wie auch durch die subjektive Wahrnehmung der Situation zustande kommen. (Ringel, 1992, zit. in Hirzel-Wille, 2002, S.46) Bezogen auf das Alter können einengende Faktoren ungünstige soziale Verhältnisse oder gesundheitliche Einschränkungen sein. Alte Menschen sind oft in ihrem Bewegungsapparat beeinträchtigt, was sich auch auf den Handlungsspielraum auswirkt. (Teising, 1992, S.59)

Weiter orientiert sich die ganze Modernisierung der Technik, das Schnelllebende oft nicht an den Erfordernissen und Bedürfnissen der Alten. Unsere Lebenswelt richtet sich nach den Massstäben der Produktivität und der Leistung wie auch der schnellen Verwertbarkeit. Diesen Massstäben werden alte Menschen nicht gerecht. Wenn sie sich nicht anpassen, werden sie ausgegliedert und in ihren Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt, „situativ eingeengt“. (Teising, 1992, S.59)

b) Laut Ringel reichen jedoch rein äusserliche Faktoren nicht aus, um einen Selbstmord zu begehen, weil der Selbsterhaltungstrieb immer stärker ist. Es müssen andere Faktoren hinzukommen (Teising, 1992, S.58). Ringel nennt hier die *dynamische Einengung*, die die Wahrnehmung der Situation und die Bilanz des Lebens verzerrt. Alle Ereignisse werden durch eine „schwarze Brille“ gesehen und bewertet. Das Interesse und der Antrieb an der Welt gehen verloren. Oft ist aktives Handeln nicht mehr möglich und spontane Reaktionen hören auf. Die Betroffenen leiden meist an einer inneren Unruhe, die erst dann einer „unheimlichen Ruhe“ weicht, wenn der Entschluss zum Suizid feststeht. (S.59)

Bei älteren Menschen hängt die dynamische Einengung sehr eng mit dem Selbstwertgefühl zusammen. Finden sie im Ruhestand wieder Dinge, die sie sinnvoll finden können, die ihnen Bestätigung vermitteln, auch wenn sie ihre Rollen im Berufsleben oder in der Familie erfüllt haben? Möglicherweise spüren sie die gesellschaftliche Abwertung am eigenen Leibe, was ihr Selbstwertgefühl verletzt. (Leder, 1998, zit. in Hirzel-Wille, 2002, S.46)

- c) Bei der *Einengung der Wertewelt* spricht Ringel von einem wechselseitigen Prozess von innerer und äusserer Entwertung (Teising, 1992, S.60). Es besteht die Gefahr, dass der alte Mensch jeden Wert verliert. Durch Arbeit erhält er Bestätigung, er gilt etwas in der Gesellschaft. Durch die Pensionierung verliert er in seiner Vorstellung oft auch Ansehen, wobei er sich entwertet fühlt. Die Betroffenen bekommen das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden und somit nicht mehr nützlich zu sein. Sie sehen dadurch oft keinen Sinn mehr in ihrem Leben, was wiederum das Interesse an Personen, Dingen, Vorgängen, religiösen und philosophischen Anschauungen sinken lässt. (Ringel, zit. in Ingrid Friedrich, Reinhard Schmitz-Scherzer, 1992, S.49)

Indirekt wird das präsuizidale Syndrom alter Menschen sogar gefördert, indem ihr Suizid der Gesellschaft volkswirtschaftlich entgegenkommt. (Teising, 1992, S.60) Hirzel-Wille (2002) erwähnt auch, dass die Werte alter Menschen oft nicht mehr mit den herrschenden Vorstellungen der modernen Gesellschaft übereinstimmen, was für sie besonders schmerzhaft ist (S.47).

- d) Die *zwischenmenschliche Einengung* entsteht durch den Verlust von nahen Bekannten, Verwandten und Bezugspersonen, aber auch durch Entwertung bestehender Kontakte. (Teising, S.60) Es geht bei diesem Punkt vor allem um den Aspekt der Isolation, Einsamkeit und das Gefühl des Verlassenseins (Christe, 1989, S.85). Alte Menschen klammern sich oft an letzte Bezugspersonen, was diese wiederum zum Rückzug bewegen kann. Wenn nun Wünsche von diesen nicht erfüllt werden, fühlt sich der präsuizidale Mensch alleine gelassen und auf sich selbst gestellt. Ihm erscheint das ganze Leben als sinnlos. Die zwischenmenschlichen Beziehungen nehmen durch das Sterben gleichaltriger Bezugspersonen ab. Je spärlicher die Kontakte, desto mehr Bedeutung wird den noch bestehenden Personen beigemessen. (Teising, S.61) Ringel unterscheidet zwischen der totalen Isolierung (jegliche Kontakte zur Umwelt fehlen), dem zahlenmässigen Rückgang zwischenmenschlicher Beziehungen und der Entwertung vorhandener Beziehungen durch den Verlust der Verbundenheit (Bezugspersonen, die sich zurückziehen). (Ringel, 1974, zit. in Christe, 1989, S.84)

2. Aggression

Dadurch, dass sich besonders alte Menschen von anderen Personen abhängig machen und dadurch Schwierigkeiten haben, Enttäuschungen auf diese zu richten, werden die durch die Kränkungen mobilisierten aggressiven Impulse gegen die eigene Person gerichtet (Teising, S.62). Demnach stehen präsuizidale Personen unter einem starken Aggressionsdruck, den sie jedoch nicht nach aussen entladen können (Hirzel-Wille, 2002, S.47). Erwin Ringel nennt noch einen weiteren Faktor, der es immer schwieriger macht, die eigene Aggression wirkungsvoll entlastend zu kanalisieren: Eine „spezifische, psychische Persönlichkeitsstruktur“ mit einem besonders strengen Über-Ich und eine „übersteigerte Zivilisation“. Mit Letzterem meint er unsere Gesellschaft, in der es immer schwieriger wird, Aggressionen abzubauen beziehungsweise wirkungsvoll zu kanalisieren. Als Beispiel nennt Ringel dazu die in Kriegszeiten sinkende Suizidrate, weil es dort die offiziell erlaubte Aggressivität nach aussen noch gibt. (vgl. Teising, S.62)

3. Selbstmordphantasien

Bei diesem Symptom beschäftigen sich die Betroffenen im Vorfeld intensiv mit dem Suizid. Als erste Stufe nennt Ringel die Vorstellung tot zu sein, aber auch die Vorstellung von allem Leid erlöst zu sein. Die zweite Stufe ist dann die konkrete Vorstellung, sich das Leben zu nehmen, während bei der dritten Stufe die genauen Einzelheiten geplant werden. (Christe, 1989, S.86)

4.2.4 Multimodales Erklärungsmodell

Abschliessend möchten die Autorinnen auf ein Modell eingehen, welches explizit zur Erklärung suizidalen Verhaltens bei älteren Menschen entworfen wurde. Sylvia Schaller (2008), welche in Anlehnung an Bandura (1978) das transaktionale Modell des Alterssuizids entwickelt hat, sieht die bestehenden Ansätze zur Erklärung des suizidalen Verhaltens älterer Menschen als unzureichend. Sie betont besonders die Unzulänglichkeit der Erklärungen bezüglich der Überproportionalität der Suizide mit zunehmendem Alter.

Das folgende transaktionale Modell des Alterssuizids soll die wechselseitige Abhängigkeit von Umwelt-, biologisch-somatischen, persönlichkeitspezifischen und Verhaltensaspekten, die suizidales Verhalten bei alten Menschen begünstigen, aufzeigen.

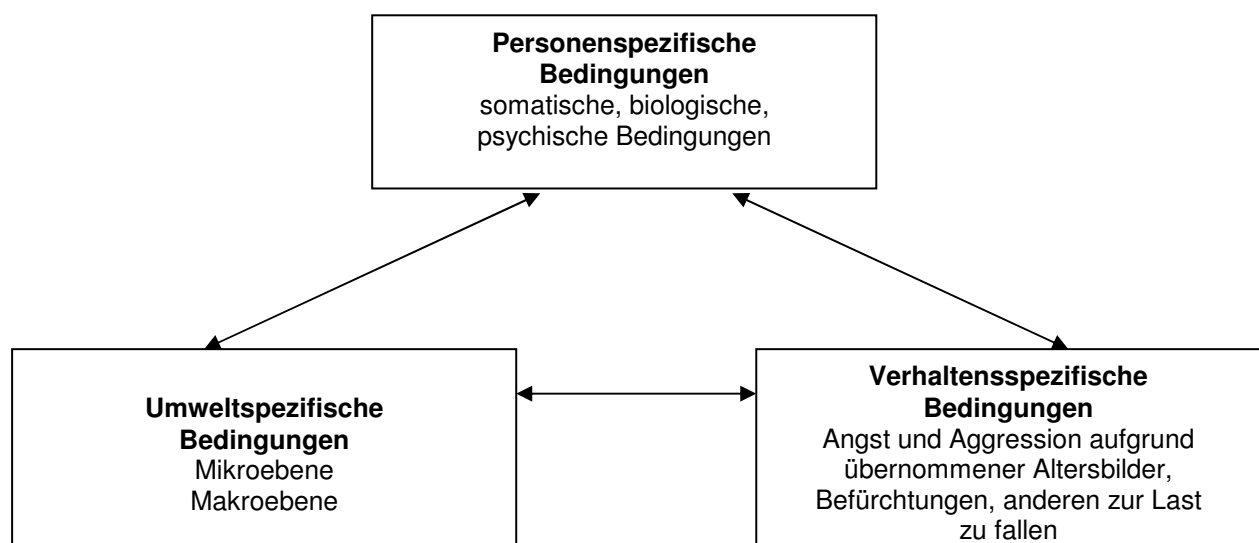


Abbildung 9: Transaktionales Modell zur Erklärung des Alterssuizids. (Quelle: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2008, S.15) vereinfachte Version

Die personenspezifischen Bedingungen werden unterteilt in *somatische*, *biologische* und *psychische* Bedingungen. Unter *biologischen* Bedingungen sind beispielsweise Transmitterstörungen gemeint, von denen man weiss, dass sie bereits in jungen Jahren suizidales Verhalten begünstigen und altersbedingt zunehmen. (vgl. Kap. 4.2.2)

Als *somatische* Bedingungen nennt Schaller die altersbedingte reduzierte Funktion der Muskeln wie auch die eingeschränkte Funktion der Organe und Sinnesorgane. Dies führt wiederum zu einer Einschränkung der Motorik und der Mobilität. Die chronischen Schmerzen, welche oft einhergehen mit einer depressiven Symptomatik, zählen zu weiteren Stressoren, die suizidales Verhalten von älteren Menschen begünstigen. Ein weiterer Punkt, den Schaller betont, ist die unzureichende medikamentöse Behandlung von depressiven Verstimmungen älterer Menschen, was sich auf das suizidale Verhalten auswirkt. Oft bleiben die männlichen Depressionen unerkannt, was mitverursachend für eine höhere Suizidziffer alter Männer sein kann.

Mit *psychischen* Bedingungen meint Schaller die Veränderung der Persönlichkeitsmerkmale im höheren Alter. Die Erfahrung von Krankheit, Beeinträchtigung, Funktionsverlust und Schwäche im Alter kann zu Persönlichkeitsveränderungen und zu einer Akzentuierung und Verfestigung von Personeneigenschaften führen. Dies kann sich positiv oder negativ auf das Verhalten auswirken.

Die *Umweltbedingungen*, die ebenfalls das suizidale Verhalten alter Menschen beeinflussen, werden anhand des Modells auf einer individuellen und einer gesellschaftspolitischen Ebene beschrieben (Mikro- und Makroebene). Zu den individuellen Bedingungen zählen aktuell belastende Lebensereignisse, soziale Stresssituationen und Krisensituationen bzw. -zustände, welchen sich das Individuum nicht entziehen kann und die so zu einem Risikofaktor für suizidales Verhalten werden. Zu den Stressoren gehören auch die normalen altersbedingten körperlichen und psychischen Einschränkungen. Bestärkt werden diese zusätzlich durch den hohen Stellenwert der „Jugendlichkeit“ in unserer Gesellschaft, während das „Alter“ negativ besetzt ist. Weitere individuelle Faktoren sind die immer kleineren sozialen Netze bei zunehmendem Alter. Die Anzahl gleichaltriger Bezugspersonen nimmt kontinuierlich ab, wobei meist keine neuen sozialen Netze aufgebaut werden. Wie im Kapitel 4.2.1 beschrieben betont auch Schaller ein altruistisches Motiv beim Suizid alter Menschen. Der alte Mensch versucht sich wie auch seine Umwelt, aus einer ihm unerträglich erscheinenden Lage von der Last zu befreien.

Gesellschaftspolitische Bedingungen (Makroebene) sind unter anderem Bilder von Alter und Krankheit, aber auch die durch Medien und Öffentlichkeit vermittelten Einstellungen gegenüber suizidalem Verhalten (vgl. Kap. 2). Die Diskussion des „Lebenswerts“ alter Menschen vor dem Hintergrund zunehmend eingeschränkter Ressourcen und eines negativ behafteten Defizitmodells des Alters schafft ein weitgehend suizidförderndes Klima für alte Menschen. Dies zeigt sich auch in der Reaktion bei Suiziden jüngerer Menschen. Während bei diesen oft mit Unverständnis und Ablehnung reagiert wird, wird der Suizid alter Menschen häufig akzeptiert. Suizidales Verhalten alter Menschen wird insofern auch oft als Ausdruck freier Selbstbestimmung und im Sinne einer „Bilanzziehung“ gesehen. (vgl. Kap. 4.4)

Die dritte Ebene des Transaktionsmodells spielt sich auf der *Verhaltensebene* ab. Alte Menschen, welche die negativen Einstellungen der Gesellschaft zum Alter übernehmen, entwickeln mit höherer Wahrscheinlichkeit Symptome von Angst oder Aggression, was die Suizidalität begünstigen kann. Dies haben psychologische Autopsiestudien gezeigt. Auch der altersbedingte physische Abbau, die zunehmende Abhängigkeit und der Statusverlust können zu einer Gefährdung des Selbstwertgefühls führen. Schaller erwähnt, dass insbesondere ältere Männer gefährdet sind. Dies wiederum kann der Grund sein, dass sich manche ältere Menschen unnütz

vorkommen und das Gefühl haben, der Gesellschaft oder der Familie zur Last zu fallen, was suizidales Verhalten fördert.

Anhand dieses transaktionalen Modells wird deutlich, dass die Bedingungen suizidaler Handlungen im Alter sehr komplex sind. Sylvia Schaller will damit aufzeigen, dass folglich auch die Prävention auf einer Vielzahl von Ebenen erfolgen muss. Für sie ist klar, dass neben der spezifischen Prävention durch medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung von Depression und Krankheit auch ein Umdenken in der Haltung der Gesellschaft gegenüber alten Menschen und vor allem auch beim alten Menschen selbst gefordert ist. Das Augenmerk muss von den Defiziten weg auf die Ressourcen alter Menschen gelenkt werden. (Schaller, 2008, S.14-21) (vgl. Kap. 6)

4.3 Einflussfaktoren auf die Alterssuizidalität

Trotz intensiver Forschungen, die in den letzten Jahrzehnten zur Alterssuizidalität gemacht wurden, sind die Erkenntnisse bezüglich der Ursachenthematik nach wie vor lückenhaft. Ein überzeugendes Erklärungsmodell liegt noch nicht vor. Benannt werden können einzelne Einfluss- und Risikofaktoren sowie Risikogruppen, die sich empirisch gut begründen lassen. (Hirsch et al., 2002, S.22) Eine Vielzahl von Motiven, Auslösern und Einflussfaktoren, die für das Alter typisch sind, lassen sich laut Erlemeier (1992, zit. in Hirzel-Wille, 2002, S.111) im Wesentlichen drei Bereichen zuordnen:

1. psychische Erkrankungen, insbesondere depressive Krankheitsbilder
2. körperliche Erkrankungen, hierzu zählt Erlemeier vor allem chronische Leiden, Schmerzen und übersteigertes Krankheitserleben (Hypochondrie)
3. Beeinträchtigungen des sozialen Unterstützungssystems, auch kritische Lebensereignisse, Verlusterfahrungen und Konflikte

Weitere Faktoren, die mit einer hohen Suizidrate korrelieren, sind unter anderem: zunehmendes Alter, männliches Geschlecht, geschieden oder verwitwet, Kinderlosigkeit, Wohnsitz in grossen Städten und geringe oder keine religiöse Bindung. (Stengel, 1969, zit. in Christe, 1989, S.53)

Die Autorinnen stellten fest, dass eine abschliessende Einteilung in Risikofaktoren für den Alterssuizid sehr schwierig ist. Je nach Literatur werden mehr oder weniger Einflussfaktoren erwähnt. Die Verfasserinnen dieser Arbeit sehen als Grund dafür die Komplexität der Thematik, da Suizidalität generell wie auch suizidales Verhalten im Alter nicht durch Einzelfaktoren, also monokausal, erklärt werden können. Es muss Multikausalität angenommen werden.

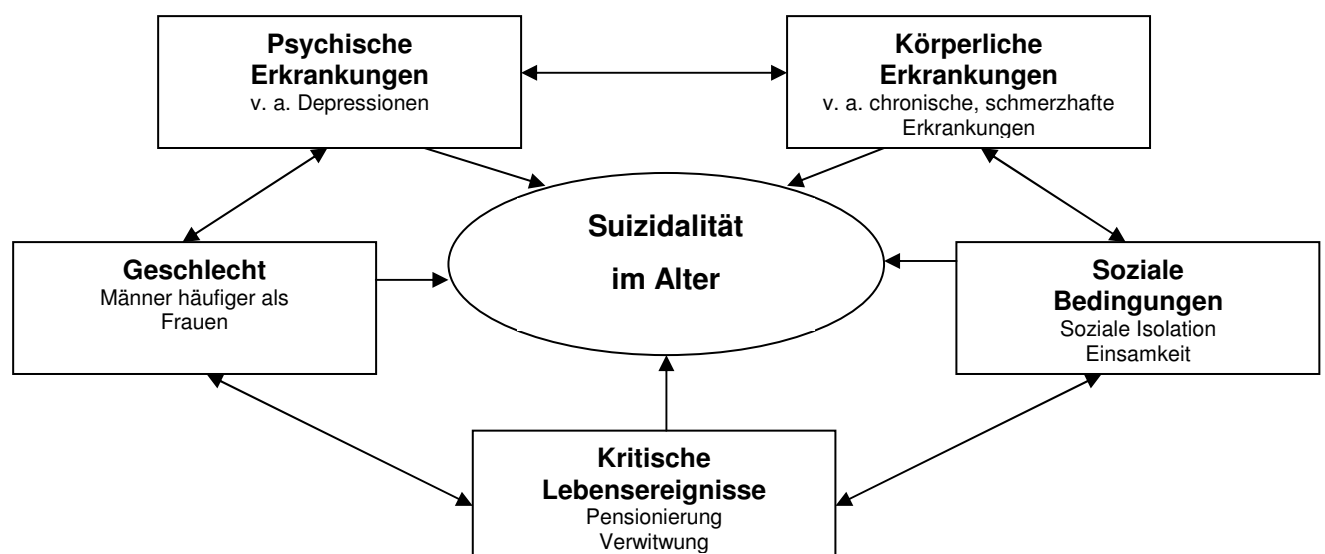
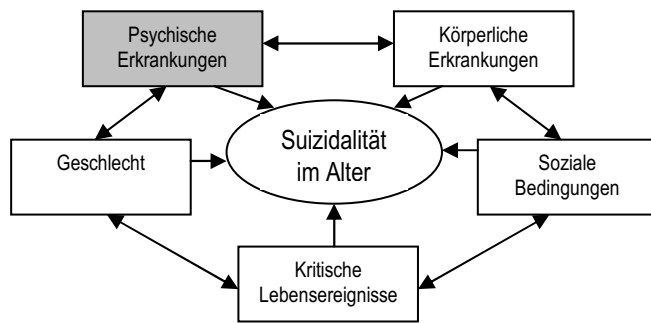


Abbildung 10: Einflussfaktoren auf die Suizidalität im Alter (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Hirsch et al., 2002, S.23)

4.3.1 Psychische Erkrankungen



Die nationale Ethikkommission für Humanmedizin schreibt in ihrer Stellungnahme über Suizid und Suizidbeihilfe, dass psychische Erkrankungen der wichtigste Risikofaktor für einen Suizid sind. 90% aller Menschen, die Suizid begehen, litten an einer Depression oder einer anderen diagnostizierbaren psychischen Störung oder Suchterkrankung. In psychologischen Autopsiestudien von Conwell und Mitarbeitern konnte rückwirkend bei 40% bis 50% aller Suizidenten für den Zeitpunkt des Suizides eine ausgeprägte depressive Verstimmung nachgewiesen werden. (NEK-CNE, 2005, S.28)

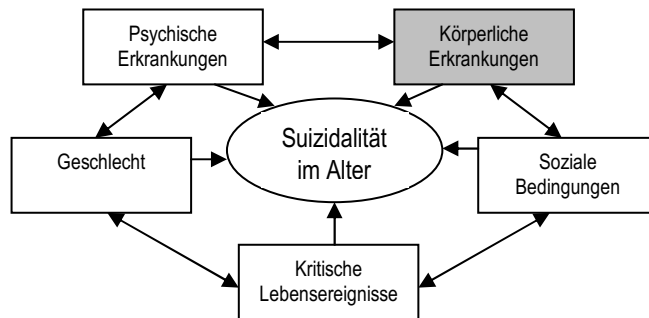
Auch Wolfersdorf (1992, zit. in Norbert Erlemeier, 2001, S.65) sieht die Depression als zentralen Risikofaktor für suizidale Handlungen. Seines Erachtens sind 40% bis 60% der Suizidenten der Gruppe der depressiv Erkrankten zuzurechnen. Er nennt die Depression „die tödlichste aller psychischer Erkrankungen“ (S.24).

Der Zusammenhang zwischen Depression und Suizidgefahr verstärkt sich mit zunehmendem Alter. Dies folgern Gallo et al. (1994, 1998, zit. in Erlemeier, 2001, S.66) aus ihren Studien. Nach Conwell et al. wirken Depressionen besonders bei alten Menschen suizidfördernd und -auslösend. Nach psychiatrischer Einschätzung nehmen mit dem Alter schwere Depressionen ab, während leichte depressive Störungen zunehmen. Häufig werden diese jedoch nicht als solche diagnostiziert. In der Studie von Conwell handelte es sich bei der Hälfte der alten Suizidenten um Fälle mit Spätdepressionen, die zu einem erhöhten Suizidrisiko im Alter beitragen können. Diese Spätdepressionen gehen nicht selten einher mit körperlichen Symptomen, Alkoholmissbrauch und sozialen Belastungen. (vgl. Erlemeier, S.66)

Der Suizidgefahr in Verbindung mit Depression kommt im Alter deshalb eine besondere Bedeutung zu, weil zusätzliche, erschwerende Begleitsymptome wie somatische Störungen, Schmerzzustände, kognitive Einbußen, Krankheitsängste sowie soziale Isolierung und Vereinsamung das Altwerden belasten können. (Hirsch et al., 2002, S.24) Swientek (2008) bestätigt diese Aussage, indem sie sagt, dass die Depression nie als isolierte Diagnose betrachtet werden darf, die von der Umwelt unabhängig und nur individuell ist. Wie stark umweltabhängig jedoch die Selbstmordgefährdung ist, hängt auch immer mit dem Wert von alten Menschen zusammen. (vgl. Kap. 2) Swientek geht davon aus, dass depressive Selbstmordgefährdete eine

massive Selbstwertproblematik haben, welche unter anderem durch den Wert entstanden ist, der dem Menschen sowohl als Individuum wie auch als Mitglied einer Altersgruppe beigemessen wird. (S.66)

4.3.2 Körperliche Erkrankungen



Hirsch et al. (2002) erwähnen, dass körperliche Erkrankungen im Bedingungsgefüge der Suizidalität im Alter einen wichtigen Einflussfaktor darstellen, der jedoch nicht überbewertet werden darf und im Kontext weiterer Probleme der Lebensführung zu sehen ist. Gerade auch, weil bei alten Menschen eine Zunahme der Morbidität erwartet wird. (S.24)

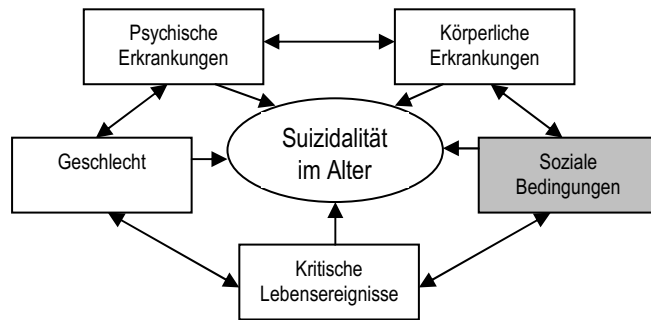
Erlemeier (2001) betont, dass bei der Erfassung der Erkrankungen immer Begleitumstände und Auswirkungen mitspielen, die sich auf die Suizidalität auswirken können. Für das Krankheitserleben ist meistens nicht die medizinische Diagnose entscheidend, sondern die Beeinträchtigungen im Alltag, die den Grad der Hilfsbedürftigkeit bestimmen, sowie Schmerzzustände, eine schlechte Prognose oder die Angst vor einem langsamen Tod. Besonders alte Menschen mit chronischen Erkrankungen müssen sich mit diesen Begleitumständen auseinandersetzen. Weiter erwähnt Erlemeier, dass körperliche Erkrankungen im Alter oft mit psychischen Erkrankungen einhergehen, insbesondere mit dementiellen und depressiven Störungen. (S.61f)

Zwei Studien (Manchester UK und San Diego-Studie) stellten einen Zusammenhang zwischen körperlicher Erkrankung und suizidalen Handlungen fest. Cattell und Jolley (1995, zit. in Erlemeier, 2001, S.63) konnten bei 100 Suiziden von über 65-Jährigen zwischen 1980 und 1991 in Manchester zeigen, dass gemäss Unterlagen von Kliniken rund 65% schlechte Gesundheit als Grund für ihren Suizid angegeben haben. Das Spektrum von Krankheiten war sehr weit. In der San Diego-Studie zum Alterssuizid kam heraus, dass die 60- bis 88-jährigen Suizidenten zu 84% an körperlichen Beschwerden litten. (Carney et al., 1994, zit. in Erlemeier, S.63)

Mit zunehmendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit, unter chronischen Schmerzen zu leiden, was sich wiederum auf die Psyche auswirkt. Swientek (2008) schreibt dazu, dass selbst die Ärzte mit dem Phänomen der Schmerzen nicht adäquat umgehen können. Sie nehmen die Patienten und Patientinnen nicht ernst, indem sie ihnen nicht glauben, dass sie nach Einnahme eines Medikamentes noch immer Schmerzen haben. (S.58)

Somit wird deutlich, dass körperliche Erkrankungen als Suizid fördernder Faktor im Alter eine erhebliche Rolle spielen, insbesondere dann, wenn sie sehr schmerzhaft sind, einen chronischen Verlauf nehmen und eine Heilung nicht mehr in Aussicht steht. (Hirzel-Wille, 2002, S.128) Als unabhängiger Risikofaktor dürfen sie jedoch nicht angesehen werden (Hirsch et al., 2002, S.25).

4.3.3 Soziale Bedingungen



Laut Böcker (1975, zit. in Hirzel-Wille, 2002, S.112) entstammen die häufigsten Suizidmotive dem Bereich der sozialen Beziehungen. Die Untersuchungen von Martin Teising an 38 über 60-jährigen Suizidenten bestätigen diese Aussage. Er stellte fest, dass Isolation und Kontaktprobleme für die Suizidenten am häufigsten als Auslöser für eine Krise angesehen werden. Er weist auch darauf hin, dass die subjektiv empfundene Isolation eng mit der psychischen Gesundheit zusammenhängt, wobei die Häufigkeit der Kontakte zu anderen Menschen eine eher untergeordnete Rolle spielt. (1992, S.43f)

Erlemeier (2001) nennt nebst der Isolation und der Einsamkeit, den Familienstand und belastete, konflikthafte Beziehungen als Einflussfaktoren für suizidales Handeln im Alter (S.70).

Es ist jedoch festzuhalten, dass Alter nicht grundsätzlich mit sozialer Isolation gleichgesetzt werden darf, denn die meisten alten Menschen sind in soziale Netzwerke eingebunden. Dieses reduziert sich zwar von der Personenzahl her, es bleibt jedoch relativ stabil bezüglich der Beziehungen im familiären Kontext. Allerdings kommt es mit zunehmendem Alter zu Kontakteinbussen und zu stärkeren Gefühlen der Isolierung und Vereinsamung, vor allem bei Menschen, die sich gegenüber der Umwelt abschotten. Statistisch gesehen kann ein Anteil von etwa 25 bis 30% der über 65-Jährigen als sozial isoliert betrachtet werden. In dieser Gruppe sind nach Erlemeier, im Kontext zusätzlicher Belastungen, die suizidgefährdeten alten Menschen zu finden. (2002, S.70f)

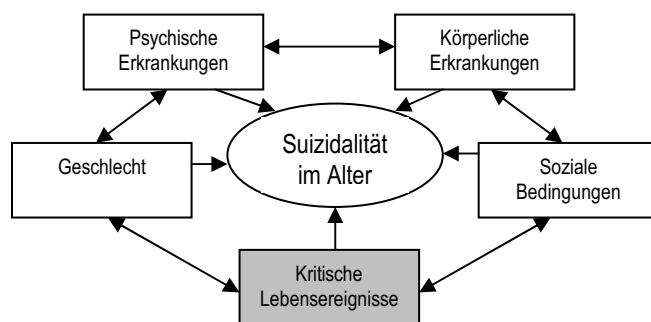
Unter den Suizidforschern besteht Übereinstimmung, dass sich unter Suizidenten häufiger Geschiedene, getrennt Lebende, Verwitwete oder Ledige befinden. Dies bestätigt auch die Analyse von Teising. Bei den untersuchten Suizidenten lebten zwei Drittel alleine. (2002, S.45) Cattel und Jolley (1995, zit. in Erlemeier, 2002, S.72) konnten bei einer Auswertung von 100 Suizid-

fällen im Alter nachweisen, dass bei den männlichen Suizidenten der Anteil der Alleinlebenden und Verwitweten im Vergleich zu den Frauen besonders hoch ist. Männer, die im hohen Alter ihre Lebenspartnerin verlieren, stehen unter einem besonders hohen Suizidrisiko. Es scheint, dass Frauen mit der Situation des Alleinlebens und dem damit verbundenen Alltagsmanagement besser zurechtkommen. (S.72)

Teising (1992) merkt dazu an, dass Männer durch die Ehe mehr vor Suizid geschützt werden als Frauen. Der ältere männliche Witwer ist emotional und sozial am meisten isoliert. (S.44)

Auch Konflikte und Belastungen in sozialen Beziehungen können in Verbindung mit anderen Beeinträchtigungen ein Auslöser für suizidale Handlungen sein. (Plitt, 2008, S.40) In Teising's Untersuchung wurden Probleme mit noch lebenden Partnern und Partnerinnen ebenso häufig genannt wie Partnerverluste. Für ältere Frauen ist die Auseinandersetzung mit den eigenen Kindern eine häufige Konfliktsituation, die in suizidale Krisen führen kann. (1992, S.45)

4.3.4 Kritische Lebensereignisse



Als kritische Lebensereignisse werden solche Ereignisse im Lebenslauf von Menschen verstanden, die zentrale Veränderungen hervorrufen und psychosoziale Anpassungs- und Bewältigungsleistungen erfordern (Backes & Clemens, 2003, S.173). Suizidhandlungen folgen oftmals auf psychosoziale Krisen und kritische Lebensereignisse. Bei einer psychosozialen Krise wird die betroffene Person mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert, durch welche sie sich überfordert fühlt und die sie im Augenblick nicht bewältigen kann (Hirzel-Wille, 2002, S.118). Cullberg (1978, zit. in Hirzel-Wille, 2002, S.118) unterscheidet zwei verschiedene Arten von Krisen: die *Veränderungskrise*, welche durch Entwicklungsschritte und vorhersehbare Übergänge im Lebenslauf ausgelöst wird wie die Pensionierung oder die Geburt eines Kindes, und die *traumatische Krise*, welche durch schicksalhafte und meist unvorhersehbare Ereignisse ausgelöst wird wie Verlust eines Partners oder Partnerin beziehungsweise durch Krankheit.

Kritische Lebensereignisse können sowohl positiv wie auch negativ eingeschätzt werden. Sie erzeugen in jedem Fall aber Stress und psychische Anspannung, zu deren Bewältigung sogar sogenannte „Copingstrategien“ entwickelt und angewendet werden müssen. Nach dem kritischen Lebensereignis muss die dadurch gestörte Balance der Lebensbezüge wiederhergestellt

werden. (vgl. Backes & Clemens, 2008, S.175) Laut Swientek (2008) verlangt eine Krise von den Betroffenen die Bereitschaft, neue Verhaltensweisen auszuprobieren. Ob jedoch der alte Mensch noch dazu in der Lage ist, hängt von vielen Faktoren ab wie beispielsweise von den sozialen Kontakten oder von den bereits gemachten Erfahrungen mit Krisen. (S.70) Toni Faltermaier, Philipp Mayring, Winfried Saup und Petra Strehmel (2002) ergänzen die erwähnten Faktoren mit dem Gesundheitszustand, den individuellen Anlagen und den psychischen Gegebenheiten, welche einen Einfluss haben, ob ein Lebensereignis eher in eine Krise führt oder zu einer Entwicklungschance für einen älteren Menschen wird. (S.194)

Nachfolgend gehen die Autorinnen auf diejenigen kritischen Ereignisse ein, welche als mögliche Einflussfaktoren für suizidales Handeln angesehen werden.

Pensionierung

Mit dem Ende der Berufstätigkeit sind für die Betroffenen Rollen- und Funktionsveränderungen und Veränderungen der Alltagsgestaltung wie auch der zeitlichen Organisation des Tagesablaufs verbunden. Anerkennung und Selbstbestätigung durch den Beruf entfallen. Es fehlen die berufsbedingten Anregungen und Anforderungen. Es gibt keinen Rahmen mehr, der vorgibt, wie der Tag zu verbringen ist. Die Betroffenen sind gezwungen, die tagesfüllende Berufsarbeit zu ersetzen und neue sinnstiftende Tätigkeiten zu finden. (Faltermaier et al., 2002, S.195f)

Mit dem beruflichen Ruhestand ergeben sich auch Veränderungen im sozialen Netzwerk der Person. Möglicherweise muss innerhalb der ehelichen Lebensgemeinschaft eine neue Form des alltäglichen Zusammenlebens gefunden werden. (Faltermaier et al., 2002, S.196) Die täglichen sozialen Kontakte am Arbeitsplatz gehen verloren. Neue Kontakte ausserhalb des beruflichen Umfeldes müssen geknüpft werden. (Hirzel-Wille, 2002, S.121)

Die Pensionierung löst bei vielen Männern – weniger bei Frauen – eine Lebenskrise aus, die es zu überwinden gilt. Wie bereits im Kapitel 4.1 erwähnt sind alte Männer besonders von einer hohen Suizidrate betroffen. Das hängt mit einem unterschiedlichen Rollenverständnis beider Geschlechter zusammen: Männer definieren sich stark über ihren Beruf und über ihren Status in der Öffentlichkeit. Frauen tun dies zunehmend auch, aber noch nicht in diesem Umfang. Durch den Mutterstatus bekommen sie einen anderen gesellschaftlichen Status. Frauen sind sich durch die Familiengründung mit Schwangerschaft und Geburt viel mehr gewohnt, Umstellungen wahrzunehmen und auf diese einzugehen. (Friederich & Schmitz-Scherzer, 1992, S.59) Teising vertritt die These, dass die Geschlechtsidentität der alten Männer labiler und vulnerabler als die der gleichaltrigen Frauen ist, und erklärt so die steigende Suizidrate der älteren Männer (1996, zit. in Erlemeier, 2001, S.79).

Diese Ausführungen bestätigen, dass der Alterungsprozess eine grosse Anpassungsleistung von den Betroffenen erfordert, die nicht unterschätzt werden darf. Gelingt die Anpassung an die neue Situation nicht, kommt es unter Umständen zu einer depressiven Entwicklung und zu suicidalen Tendenzen. (Hirzel-Wille, S.121f) (vgl. präsuizidales Syndrom, Kap. 4.2.3)

Verwitung

Die Verwitung ist eines der einschneidendsten Lebensereignisse überhaupt und zugleich eine häufige Selbstmordursache im Alter. Wie Kapitel 4.2.3 besagt, haben Alleinstehende schon an und für sich ein höheres Suizidrisiko als Menschen in Partnerschaften. (Hirzel-Wille, 2002, S.118) Der Verlust des Ehepartners oder der Ehepartnerin erfordert eine Vielzahl von Neuorientierungen. Viele Ereignisse und Entscheidungen im Alltag müssen nun alleine wahrgenommen werden. Man verliert eine vertraute Person, die auch für die persönlichen Gespräche zur Verfügung stand, ebenso wie einen Sozialpartner- oder eine Freizeitpartnerin. (Faltermaier et al., 2002, S.198)

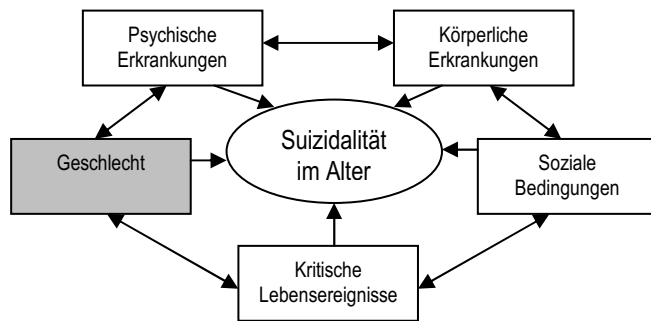
Der Verlust des Partners oder der Partnerin tangiert laut Fooker die Betroffenen in der Regel in ihrer gesamten psychophysischen und psychosozialen Existenz (1990, zit. in Faltermaier et al., 2002, S.199).

Übersiedlung ins Altersheim

Die Übersiedlung ins Alters- oder Pflegeheim heisst für die Betroffenen, dass sie die selbständige Lebensführung und die bisherige vertraute Wohnsituation aufgeben müssen zugunsten einer institutionellen Unterbringung und Versorgung. Ab einem gewissen Alter fällt es den meisten Menschen schwer, sich in einer neuen Umgebung zurechtzufinden und neue soziale Kontakte zu knüpfen. Der Wechsel in ein Alters- oder Pflegeheim bringt für die Betagten eine Reihe von Veränderungen mit sich: Der Umzug von einer Wohnung in ein Zimmer, was sehr beengend sein kann, das soziale Umfeld, welches verglichen mit vorher altershomogen wird, und die Privatsphäre, welche sich auf ein Minimum beschränkt. Weiter müssen sich die Betagten in eine von aussen diktierte Hausordnung und Tagesstruktur einfügen und einen grossen Teil ihrer Selbstständigkeit aufgeben. (Faltermaier et al., 2002, S.200f)

Die Heimeinweisung ist somit auch eine mögliche Auslösesituation für einen Suizid. Laut einer Studie hatten 44% der alten Menschen, die sich das Leben nahmen, zuvor angedeutet, dass sie dies aus Angst vor einem Altersheimeintritt tun würden. (Comer, 1995, zit. in Hirzel-Wille, 2002, S.124) Die Datenlage bezüglich der Suizide in Alters- und Pflegeheimen ist jedoch unklar. Nach wie vor wird Heimsuizid als Tabuthema behandelt und kommt offiziell kaum zur Sprache. Schätzungen gehen von einer überdurchschnittlichen Suizidrate in Heimen aus, wenn die verdeckten Suizidhandlungen wie beispielsweise Nahrungsverweigerung auch berücksichtigt würden. (S.124)

4.3.5 Geschlecht



Männer begehen durchschnittlich zwei- bis dreimal so häufig Suizid wie Frauen. (BFS, 2008, S.53) (vgl. Kap. 4.3.4)

4.4 Bilanzsuizid – „gesellschaftlich erwünscht“?

Der Suizid eines jungen Menschen löst Bestürzung und Schock aus. Selbsttötungen von alten Menschen erscheinen dagegen eher plausibel, akzeptabel und werden sogar als sinnvoll betrachtet, vor allem dann, wenn die Pflegebedürftigkeit der betagten Person von der Umwelt als Belastung empfunden wird. (Hirzel-Wille, 2002, S.23) Jüngste Untersuchungen bestätigen ebenfalls, dass die Haltung gegenüber dem Suizid altersabhängig ist. Je älter der oder die Betroffene ist, desto mehr wird sein Suizid akzeptiert und je älter die beurteilte Person ist, desto höher ist der Grad der Akzeptanz. (Teising, 1992, S.19)

In diesem Zusammenhang wird in der Literatur das Wort „Bilanzsuizid“ verwendet. Hier beruht der Selbstmord auf einer bewussten und klar gefällten Entscheidung einer psychisch gesunden Person, die überlegt und nicht aus dem Affekt heraus gehandelt hat. (Hirzel-Wille, 2002, S.173f) Swientek (2008) erwähnt ebenfalls den Begriff Bilanzsuizid. Nach ihr kann es zu zwei unterschiedlichen Bilanzierungen kommen: der Positivbilanz und der Negativbilanz. Bei der Positivbilanz steht die Vergangenheit im Mittelpunkt. Die Person hat ein erfülltes Leben hinter sich und schätzt die Zukunft nur schlechter ein. Sie wird dem Leben ein Ende setzen mit dem Bewusstsein, ein gutes Leben geführt zu haben, das sich so nicht weiterführen lässt. Diese Art von Bilanz wird oft nach tiefgreifenden Einschnitten in das bisher positive Leben gezogen. Beispielsweise nach dem Tod des Partners, der Partnerin oder nach der Diagnose einer schweren Krankheit. (S.139f)

Bei der Negativbilanz sehen die Betroffenen die Zukunft primär negativ. Oft wurde das bisherige Leben als Misserfolg erlebt. Es wird aufgrund der bisherigen Erfahrungen nicht damit gerechnet, dass sich noch Grundlegendes zum Positiven ändern wird. Auch die Zukunft wird das Leben nicht lebenswerter machen. (ib.)

Mit der allgemeinen gesellschaftlichen Akzeptanz des Alterssuizides besteht wie bereits erwähnt die Meinung, dass ein Alterssuizid ein verständlicher und rationaler Entschluss ist. Gera-

de bei chronisch Kranken unterstellt man den Betroffenen, sie hätten „Bilanz“ gezogen und wohlüberlegt gehandelt. Gründe für einen Bilanzsuizid stammen aus denselben Bereichen wie die Ursachen, die einem Selbstmord aus Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung zugrunde liegen. Wesentliche Faktoren sind das Nachlassen der geistigen Fähigkeiten, körperliche Krankheiten und Einsamkeit. (Hirzel-Wille, 2002, S.173f) Friedrich und Schmitz-Scherzer (1992) sprechen einen weiteren Grund an: Manche Menschen sind einfach „lebensatt“. Sie haben den Tod nahe vor sich und sehen keinen Grund weiterzuleben. (S.5)

In der Fachliteratur wird der Bilanzsuizid kontrovers diskutiert. Oft wird daran gezweifelt, ob der oder die Betroffene rein rational und aus freiem Willen gehandelt hat. Vielmehr werden hinter dem Bilanzsuizid andere Motive vermutet. Es stellt sich die Frage, ob es ein Akt der Freiheit war oder eine Tat aus Verzweiflung. (Hirzel-Wille, 2002, S.173f) Es wird aber auch davon gesprochen, dass wirtschaftliche Motive hinter der Akzeptanz des Alterssuizids stehen und dass die Selbsttötung alter kranker Menschen aus ökonomischen Gründen erwartet oder allmählich sogar gefördert werden könnte. (Ernst, 1995, zit. in Hirzel-Wille, S.23) Letzteres hat unter anderem zu tun mit den steigenden Krankheitskosten, die oft unreflektiert den alten Menschen zugeschrieben werden. Unser medizinisches System ist geprägt vom Kampf gegen den Tod. Krankheiten, denen unsere Vorfahren zum Opfer fielen, werden heute weitgehend beherrscht.

Die zunehmende Akzeptanz des Suizides – vor allem des Alterssuizids – gibt uns den Hinweis auf ein Bedürfnis nach Selbstbestimmung. Werte wie Würde, Selbstverantwortlichkeit und Mündigkeit nehmen im Denken heutiger Menschen einen noch höheren Stellenwert ein als noch zwei drei Generationen früher. Für viele Menschen ist der Gedanke an das Angewiesensein auf fremde Hilfe oder den Angehörigen zur Last zu fallen sowie die Kontrolle über ihr Leben aufgeben zu müssen unerträglich. Lieber setzen sie ihrem Leben selber ein Ende. (Hirzel-Wille, 2002, S.30)

Die Frage nach der Freiheit (Wie frei ist ein Mensch?) wird in der Literatur meist philosophisch diskutiert. Jean Améry (1976) hat in seinem Buch „Hand an sich legen“ den Begriff „Freitod“ geprägt und darüber ein philosophisches Plädoyer gehalten. Mit Freitod meint er, im ähnlichen Sinne wie der Bilanzsuizid, die freie Entscheidung des Menschen, sich selbst das Leben nehmen zu können. Er sieht den Freitod als letzte und höchste Möglichkeit des Menschen, seine persönliche Freiheit zu erleben und zu verwirklichen. Mit dem Freitod könne sich der Mensch von den gesellschaftlichen Normen wie auch von den Naturgesetzen befreien. Die Freiheit für ihn besteht in der Wahl von Art und Zeitpunkt des eigenen Todes, frei von den Qualen des Lebens, von den Schmerzen aber auch generell die Befreiung vom Leben. (vgl. Teising, 1992, S.11f)

4.5 Zusammenhang zwischen Alter und Suizid

Nachdem einiges über die Lebensphase Alter und die Erklärungsansätze der Alterssuizidalität erläutert wurde, zeigen die Autorinnen ein paar Zusammenhänge zwischen den Suizidtheorien, den Theorien des Alterungsprozesses und den Altersbildern auf.

Zusammenhang zwischen Durkheims Theorie und dem Alter

Emile Durkheim sieht in der verlorenen Integration und der sozialen Isolation die wichtigsten Faktoren der Suizidgefährdung älterer Menschen. Durch den Verlust von Angehörigen ist es dem Individuum nur noch bedingt möglich, an sozialen Gruppen zu partizipieren. Die nachlassende Mobilität, zum Beispiel aufgrund auftretender Krankheiten, sieht Durkheim als weiteren Faktor für die geringe Teilnahme am sozialen Leben mit zunehmendem Alter. (Plitt, 2006, S.48f) Aber auch die immer brüchiger werdenden gesellschaftlichen Strukturen, die den einzelnen tragen, ihn einbinden, ihm eine Heimat bieten wie Traditionen oder die Familie, die Sicherheit gibt, tragen dazu bei, dass die sozialen Beziehungen im Alter verloren gehen. Immer mehr Menschen leben alleine und tragen das Risiko ihrer persönlichen Existenz zunehmend alleine. (Teising, 1992, S.53) Die soziale Isolation sieht Durkheim vor allem dann als Gefahr, wenn nach dem Tod des Partners oder der Partnerin die Betroffenen lieber für sich leben wollen, als ins Altersheim zu gehen. (Plitt, 2006, S.48) (vgl. Kap. 4.2.1)

Durkheim erwähnt in seiner Theorie einen weiteren Faktor im Zusammenhang mit dem Alter: den altruistischen Suizid. Hier sieht die Gesellschaft die alten und kranken Menschen als Einbusse und Schwächung der Gemeinschaft. Die Betroffenen wollen niemandem zur Last fallen und keine wirtschaftlichen Kosten verursachen. In diesen Fällen tötet man sich nicht, weil man sich das Recht dazu nimmt, sondern weil es eine Verpflichtung ist. (vgl. Hirzel-Wille, 2002, S.33) Die Last der „Alten“ geht einher mit dem allgemein verbreiteten negativen Altersbild, das nach wie vor in unseren Köpfen verankert ist. Dies bestätigen die Studien von Pohlmann wie auch von Höpflinger und Stuckelberger. Körperliche Beschwerden und der Verlust früherer Fertigkeiten wurden von der jüngeren wie auch von der älteren Personengruppe mit dem Alter assoziiert. Das waren auch die am häufigsten genannten Befürchtungen, die im Zusammenhang mit dem Altern genannt wurden. (vgl. Kap. 3.5.1) (Stuckelberger & Höpflinger, 2000, S.64f; Pohlmann, 2004, S.97) Die Medien fördern zusätzlich die negative Stigmatisierung des Alters. Beispielsweise mit den hohen Krankheitskosten oder den Sozialgeldern der AHV.

Zusammenhang zwischen der Narzissmustheorie und dem Alter

Die Narzissmustheorie geht davon aus, dass Suizidhandlungen Ausdruck einer tiefen narzisstischen Krise sind, bei der das Gleichgewicht zwischen Idealvorstellung und vorgefundener Realität nicht übereinstimmt (Hirzel-Wille, 2002, S.43). Dies können Kränkungen oder starke

Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls sein.

Im Alter ist die Zufriedenheit abhängig von den Beziehungen und vom Selbstwertgefühl. Das Bedürfnis nach Bestätigung kann nicht mehr durch dieselben Quellen wie im früheren Erwachsenenalter befriedigt werden. Die Betroffenen büßen an Macht und Wert ein, wodurch das Selbstwertgefühl ins Wanken gerät und die Person möglicherweise in eine tiefgehende Selbstwert- und Sinnkrise gerät. Eine bereits unsichere Selbstbalance gerät schneller aus der Fassung, wenn sich im Alter körperliche Faktoren, die für die Balance von Bedeutung waren, stark verändern. Eine Aufgabe älterer Menschen besteht darin, sich den veränderten Lebensbedingungen anzupassen. Sei das der Übertritt in den Ruhestand, der Tod des Partners oder der Partnerin oder eine schwere körperliche Krankheit, die es zu überwinden gilt. Bei fixierten und unveränderten narzisstischen Strukturen gelingt das nach Teising (1992) nicht. Es bleibt nur noch die Flucht in regressive Phantasien. (S.84) (vgl. Kap. 4.2.3) Teising nennt als Beispiel an Alzheimer erkrankte Personen, die durch ihre eingeschränkte intellektuelle Leistungsfähigkeit oft auch eine Einschränkung ihres Selbstwertgefühls und/oder des Ansehens und der Anerkennung erfahren. (S.85)

Bezüglich der Anpassung der veränderten Lebensbedingungen spricht Erikson (1972) von der achten und letzten Krise, die es zu bewältigen gilt. Der alte Mensch stellt sich der Integrität. Das heisst, er integriert seine biographischen Erfahrungen und nimmt sein eigenes Leben mitsamt allen Erlebnissen und Geschehnissen an. Gelingt ihm das nicht, droht ihm Verzweiflung, weil er merkt, dass die Zeit nicht mehr reicht, um ein neues Leben zu beginnen. (vgl. Hirzel-Wille, 2002, S.98f) (vgl. Kap. 3.3.4)

Zusammenhang zwischen Ringels Modell und dem Alter

Nach Ringel ist suizidales Verhalten Symptom einer psychischen Erkrankung (Hirsch et al., 2002, S. 83). Er sieht den Selbstmord als Abschluss einer sich entwickelnden Verhaltensweise der gesamten Persönlichkeit. Das suizidale Verhalten alter Menschen betrachtet er als ein bestimmtes Krankheitsbild – die missglückte Altersadaption. Allerdings ist für die misslungene Anpassung nicht das Altern selbst oder die gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen ursächlich, sondern das Nichtgelingen des Versuchs, mit diesem schwierigen Zeitabschnitt und seiner Problematik fertigzuwerden. Denn in keinem Lebensabschnitt fällt die Anpassung schwerer als im Alter. (de Vries, 1996, S.50) Erikson unterscheidet ebenfalls zwischen erfolgreicher und missglückter Altersadaption. Im Gegensatz zu Ringel hängt bei Erikson die erfolgreiche Bewältigung dieser Aufgabe hingegen davon ab, wie Krisen in früheren Jahren bewältigt werden konnten und nicht wie bei Ringel in einer krankhaften Entwicklung, die bereits in der frühen Kindheit beginnt.

Psychische Erkrankungen, so wie das Ringel sieht, gelten tatsächlich als wesentlichen Einflussfaktor für Suizidalität. Die Studie der Nationalen Ethikkommission (NEK) bestätigt, dass 90%

der Menschen, die Suizid begangen hatten, an einer Depression litten (2005, S. 28). Wie die Einflussfaktoren deutlich machen, reicht eine psychische Erkrankung als alleinige Erklärung jedoch nicht aus und andere Faktoren müssen ebenfalls berücksichtigt werden (vgl. Kap. 4.3.3). So wurde Ringels Theorie von vielen Soziologen und Soziologinnen kritisiert, da sie jedes suizidale Verhalten als krankhaftes Symptom bewertet, ohne dabei das gesellschaftliche Umfeld oder auch schwere körperliche Erkrankungen vertieft zu beachten. (de Vries, 1996, zit. in Hirzel-Wille, 2002, S.48) Später hat Ringel jedoch seine Meinung korrigiert, indem er betonte, dass nicht so sehr der Einzelne, der Selbstmord begeht, krank ist, sondern vielmehr die Gesellschaft, in der zu leben er gezwungen ist. (Teising, 1992, S.16) Auch Jean Améry wehrt sich gegen eine Pathologisierung des Selbstmordes. Er ist der Meinung, dass suizidales Verhalten oft vorschnell als krankhaft bezeichnet wird, wohl weil es so bedrohlich für Aussenstehende ist und die pathologische Etikettierung entlastend wirkt. (Teising, 1992, S.16) Dass ein Suizid eines älteren Menschen nicht unabhängig von seiner Umwelt betrachtet werden kann, wird zudem deutlich, wenn man beachtet, mit welchen Stigmatisierungen alte Menschen konfrontiert werden und wie sich diese auf ihre Selbstwahrnehmung auswirken (vgl. Kap. 3.7.2).

Berührungspunkte zwischen den Suizid- und den Alterstheorien

Gemeinsam ist den Suizidtheorien, dass sie dem Disengagementansatz entgegenstehen. Dieser Ansatz besagt, dass der alte Mensch aufgrund der körperlichen, psychischen und emotionalen Defizite nach Einschränkung der sozialen Kontakte und früheren Verpflichtungen strebt. Glück und Zufriedenheit erlebt der oder die Betroffene vor allem aufgrund von gewissen Formen der sozialen Isolierung. Nicht die Gesellschaft verursacht den sozialen Rückzug wie Durkheim plädiert, sondern das Individuum selbst hat dieses Bedürfnis. (vgl. Backes & Clemens, 2003, S.128f) Die Suizidtheorien widersprechen dieser Auffassung und sehen gerade in der sozialen Isolierung einen Risikofaktor für suizidales Verhalten.

Die Untersuchungen von Teising ergeben einen gemeinsamen Nenner mit Durkheims Ansatz: Isolation und Kontaktprobleme waren die häufigsten Auslöser für Krisen (Teising, 1992, S.44). Ebenfalls bestätigen die Untersuchungen von Stuckelberger und Höpflinger, dass die Einschränkung der sozialen Kontakte im Alter keineswegs ein wünschenswerter Zustand ist. Die soziale Isolation wird vor allem von den jüngeren Befragten als eine der Befürchtungen angesichts des Alters bezeichnet. Jüngere wie auch ältere befragte Personen assoziieren das Alter mit Einsamkeit und Isolation. (2000, S. 64f). Ringel spricht in diesem Zusammenhang von der zwischenmenschlichen Einengung als Anzeichen eines präsuizidalen Syndroms. Durch den Verlust bestehender sozialer Kontakte besteht für den alten Menschen die Gefahr der sozialen Isolation, wie sie bei Durkheim durch den Rückzug der Gesellschaft vom Individuum entsteht. (Christe, 1989, S.85) Die befragten Personen in der Untersuchung von Stuckelberger und Höpflinger fürchten die zwischenmenschliche Einengung vor allem hinsichtlich des Verlustes

naher Angehöriger. Hauptsächlich aber wird die situative Einengung im Alter durch den körperlichen Verfall und Krankheiten, Einbusse von früheren Fertigkeiten, Desorientierung und eine konservative Einstellung befürchtet. (2000, S.67)

Im Weiteren stimmen die Suizidtheorien darin überein, dass die Pensionierung für viele Menschen ein einschneidendes Erlebnis zu sein scheint. Viele ältere Menschen, insbesondere Männer haben Mühe, sich mit der veränderten Situation des Ruhestandes abzufinden. Der Eintritt des Pensionsalters bedeutet für manche einen Verlust der Selbstdefinition. Es kann sogar zu einer Identitätskrise kommen, weil sie sich nicht mehr sicher sind, welches Verhalten von ihnen nun erwartet und gesellschaftlich akzeptiert wird (Plitt, 2006, S.48f). Diese Aussage wird in der Narzissmustheorie jedoch nur unter der Voraussetzung bestätigt, dass fixierte und unveränderte narzisstische Strukturen bei den Betroffenen vorhanden sind (Teising, 1992, S.84).

Die sozialen Bedingungen wie Isolation oder kritische Lebensereignisse wie die Pensionierung gelten als Einflussfaktoren für suizidales Verhalten. Sie reichen jedoch nicht aus, um die steigende Suizidrate älterer Menschen zu begründen. Das Bild des differentiellen Alterns besagt, dass Altern kein einheitlich verlaufender Prozess ist und Menschen unterschiedlich altern. Deshalb müssen die individuellen Unterschiede der alten Menschen berücksichtigt werden. Je nach Persönlichkeitsstruktur sind sie glücklich, wenn sie sich zurückziehen und soziale Rollen aufgeben können, oder aber integriert und aktiv bleiben. (vgl. Backes & Clemens, 2003, S.135)

Mit Abschluss des vierten Kapitels wurde die zweite Teilfrage nach den vorhandenen Erklärungsansätzen für den Alterssuizid in der Literatur beantwortet. Bei der dritten Frage geht es darum aufzuzeigen, mit welchen ethischen Überlegungen sich die Soziale Arbeit bezüglich des Alterssuizids auseinandersetzen muss. Diesem Thema widmen sich die Autorinnen im nächsten Kapitel.

5. Ethische Bewertung des Alterssuizids

Suizid im Alter stellt höchste Ansprüche an die ethische Reflektionsfähigkeit jedes Sozialarbeitenden. Die Autorinnen sind der Ansicht, dass ein Wissen um die berufsethischen Grundlagen der Sozialen Arbeit ein wichtiges Fundament jeglicher Reflexion sind, weshalb sie an dieser Stelle behandelt werden.

5.1 Ethik und Moral

Während die beiden Begriffe „Ethik“ und „Moral“ in der Alltagssprache oft synonym verwendet werden, grenzt die Fachliteratur die beiden Begrifflichkeiten voneinander ab.

Die Ethik als philosophische Wissenschaft ist die Lehre von der Moral und befasst sich mit Aussagen über moralische Werte und moralische Handlungsformen. Dabei steht die Frage nach einer Moral, nach der wir gut leben, gerecht handeln, vernünftig über unser Handeln und Leben entscheiden und urteilen können, im Zentrum. (Ernst Engelke, Christian Spatscheck & Stefan Borrmann, 2009, S.148)

Moral meint jene Normen und Werte, die durch gemeinsame Anerkennung als verbindlich definiert worden sind und in der Form von Geboten (du sollst ...) und Verboten (du sollst nicht ...) die Gemeinschaft dazu auffordern, ihr Handeln danach zu richten. (Annemarie Pieper, 2004, S.32)

5.2 Das Wertgebäude der Sozialen Arbeit

Als Menschenrechtsprofession verfügt die Soziale Arbeit über eine eigene Professionsethik. Die ethischen Grundlagen, die von den beiden Dachverbänden IFSW (International Federation of Social Workers) und IAASW (International Association of Schools of Social Work) festgelegt wurden, betonen die Notwendigkeit eines ethischen Bewusstseins. Dieses ist ein wichtiger Teil der professionellen Arbeit und die Fähigkeit jedes Professionellen, ethisch zu handeln, ein wesentlicher Aspekt der Qualität des Dienstes, der den Klientinnen und Klienten angeboten wird. (Engelke, 2009, S.284)

Im Folgenden stützen sich die Autorinnen ausschliesslich auf die Literatur von Beat Schmocker (2008, 2009). Er hat sich über Jahre hinweg intensiv mit der Ethik der Sozialen Arbeit, insbesondere mit dem Wertgebäude befasst und gilt als bekannter Fachmann in diesem Bereich. Diverse Publikationen wurden von ihm veröffentlicht. Das Wertgebäude, so wie es Schmocker definiert, wird in keiner Literatur in dieser Art und Weise vorgefunden und ist deshalb einzigartig.

Die berufsethischen Grundlagen für die Soziale Arbeit lassen sich in drei Stufen einteilen: Die theoretische und die normative Ebene sowie die Ebene des Handlungskontextes.

5.2.1 Theoretische Ebene

Die theoretische Ebene beinhaltet allgemeine philosophische Konzepte und die Axiologie (Wertlehre) der Sozialen Arbeit. Die Profession Sozialer Arbeit setzt gegenüber einer allgemeinen philosophischen Ethik spezifische Akzente. Ihr berufsethisches Fundament kann als Schnittmenge von unterschiedlichen Ethikkonzepten bezeichnet werden, die für die Profession relevant sind. Die philosophisch-ethischen Elemente werden im Folgenden skizziert:

Teleologische Ethik, Deontologische Ethik

Die Teleologische Ethik befasst sich mit der Formulierung von Zielen, auf die sich menschliches Leben ausrichten muss, wenn es gelingen soll. Deontologische Ethik oder Pflichtenethik geben Auskunft über richtiges Rollenhandeln der Professionellen.

Ethikkonzepte des idealistischen Liberalismus und/oder sozialistischen Humanismus

Diese Konzepte sind für die Soziale Arbeit vor allem in Hinblick auf die Gerechtigkeit im Allgemeinen, die Garantie bürgerlicher und sozialer Rechte und tragfähiger Solidarsysteme massgebend. Sie gelten als Grundvoraussetzung für menschengerechtes Leben.

Ethik der Menschenwürde

Das Menschen- und Gesellschaftsbild der Sozialen Arbeit bezieht sich auf die Ethik der Menschenwürde. Der Mensch als einzigartiges und unverwechselbares Individuum ist nur Mensch als „Mensch-in-der-Gesellschaft“. Die Art der Einbindung in die Gesellschaft entscheidet mit, ob der Einzelne seine Bedürfnisse befriedigen und sein Leben gestalten kann. Lang anhaltende erzwungene Einschränkungen führen zu körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen und verletzen das Mensch-Sein und damit ein Leben in Würde. Diese Menschenwürde ist unantastbar. Sie kann niemandem genommen werden, sondern kommt jedem Menschen zu, alleine durch die Tatsache, dass er Mensch ist.

Ethik des konkreten Orts des Sozialen

Für die Soziale Arbeit steht der konkrete Mensch im Vordergrund. Sie bezieht aber stets die bestehenden sozialstrukturellen und materiellen Bedingungen der sozialen Umwelt des Individuums mit ein. Soziale Arbeit konzentriert sich somit auf den konkreten Ort des Sozialen. Sie betrachtet das einzelne Individuum und die Beziehungen dieser Individuen genauso wie die dabei entstehenden Sozialstrukturen. Diese Perspektive entspricht der dreineiveaulen Sichtweise. Damit ist die gleichwertige und gleichzeitige Beachtung der gesellschaftlichen Systeme (Makro), der unmittelbaren Sozialstrukturen (Meso) und des Individuums (Mikro) gemeint. Jede berufsethische Reflexion soll auf diesem dreistufigen Hintergrund erfolgen.

Die aufgeführten unterschiedlichen Ethikkonzepte stehen für die Soziale Arbeit gleichwertig nebeneinander.

Axiologie (Wertewissen Sozialer Arbeit)

Im Laufe ihrer Professionsgeschichte hat die Soziale Arbeit eine eigenständige Axiologie entwickelt. Das Wertgebäude demokratischer Gesellschaften ist dabei bedeutungsvoll, zumal Demokratie ein zentraler Wert der Sozialen Arbeit ist. Während in demokratischen Gesellschaften jedoch die Grundwerte wie Freiheit, Gleichheit und Gerechtigkeit ebenbürtig nebeneinander stehen, macht die Soziale Arbeit allein die Gerechtigkeit, näher die ausgleichende Gerechtigkeit, zu ihrem Fundament.

Die Professionelle Soziale Arbeit verfolgt wie bereits erwähnt in ihren Handlungen eine dreineunale Sichtweise. Sie befasst sich daher mit der Frage, welche Werte im Denken und Handeln der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure welche Rolle spielen und ob diese mit öffentlichen Werten übereinstimmen oder ob sie sich widersprechen. Die Axiologie der Sozialen Arbeit kann als Verknüpfung einzelner Werte der drei verschiedenen Sichtweisen verstanden werden. Die Werte werden innerhalb der Axiologie angeordnet und gewichtet. So sind einige Werte wie beispielsweise ein erfülltes Leben absoluter als andere, die relativ sind. Einige Werte wie zum Beispiel die Menschenwürde gelten als objektiv. Damit ist gemeint, dass der Wert aus der Sichtweise der Sozialen Arbeit in der Sache der Natur liegt. Wiederum andere Werte wie etwa „Glück“ gelten als subjektiv bzw. persönlich.

Die Wertelehre der Sozialen Arbeit geht davon aus, dass Menschen wissensfähige Lebewesen mit Bedürfnissen und somit leidensfähig und verletzlich sind. Jeder Mensch hat das Recht auf Bedürfnisbefriedigung, die ihm zur Lebensfreude verhilft. Er hat das Recht, bei der Integration in seine Sozialstruktur unterstützt zu werden und gleichzeitig die Pflicht, anderen zur Verwirklichung ihres Lebens in seiner ganzen Fülle zu verhelfen.

5.2.2 Normative Ebene

Die normative Ebene basiert auf einer Schnittmenge aus der theoretischen Ebene und beinhaltet Richtlinien für ethisch-moralisch korrektes Handeln. In diesen internationalen Richtlinien und den Berufskodizes der einzelnen Länder sind die zentralen ethischen Prinzipien konkretisiert:

Die internationalen Richtlinien (siehe Anhang)

Die beiden Dachverbände IFSW und IASSW entwickelten vor dem Hintergrund der theoretischen Ebene normative Kriterien, die im Grundlagendokument „Ethik der Sozialen Arbeit – Darstellung der Prinzipien“ festgelegt sind und als verbindlich erklärt wurden. Ausgangspunkt

dieses Dokuments ist die Definition Sozialer Arbeit. Es beinhaltet die Prinzipien der Menschenrechte und Menschenwürde sowie die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit. Abschliessend werden verschiedene Regeln für berufliches Verhalten dokumentiert.

Der nationale Berufskodex (AvenirSocial Professionelle Sozialer Arbeit)

Die allgemein gehaltenen Prinzipien der internationalen Richtlinien werden schliesslich von den nationalen Berufsverbänden Sozialer Arbeit in ihren je eigenen Berufskodex integriert und konkretisiert. Der Berufskodex soll Professionellen für ihre Problemlösung in konkreten Situationen Orientierung hinsichtlich ethisch und moralisch korrekter Verfahrensweisen vermitteln.

5.2.3 Ebene des Handlungskontextes

In der Praxis werden die Professionellen mit konkurrierenden Wertvorstellungen, ethischen Dilemmata und mit verschiedenen Gesetzen immer wieder herausgefordert, über die ethischen Grundlagen der Sozialen Arbeit nachzudenken. Den Sozialarbeitenden stellt sich die anspruchsvolle Aufgabe, in der jeweiligen Handlungssituation verschiedene berufsethische Kriterien zu berücksichtigen. Sie sollen so handeln, dass das Wohlbefinden des Klientel gesteigert werden kann. Dabei haben sie die dreiniveaunale Sichtweise stets zu berücksichtigen.

Die Überlegungen und Argumente aus der Sicht der Sozialen Arbeit berücksichtigen in der konkreten Situation zudem die Wertelandschaft des Klientel, der Trägerschaften und Organisationen des Sozialwesens, der Kolleginnen und Kollegen sowie persönliche Werte und das Wertegebäude demokratisch verfasster Gesellschaften. (Beat Schmocker, 2008/2009)

Basierend auf diesen berufsethischen Kriterien legen die Autorinnen in den nächsten Unterkapiteln, ausgehend von der Definition der Sozialen Arbeit, das ethische Dilemma dar, mit welchem Sozialarbeitende bezüglich des Alterssuizids konfrontiert werden.

5.3 Definition Sozialer Arbeit und Alterssuizid

Bei der Auseinandersetzung mit dem Alterssuizid steht vor allem eine ethische Frage im Brennpunkt: Worin besteht das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben und Sterben? Wo jedoch wird dieses Recht determiniert? Mit Hilfe der Definition Sozialer Arbeit, welche als zentraler Bezugspunkt für alle ethischen/moralischen Überlegungen gilt, gehen die Autorinnen dieser Frage und dem dazu entstehenden Dilemma nach und zeigen mögliche Antworten auf.

Im Jahre 2001 haben die beiden Dachverbände IFSW und IASSW folgende neue gemeinsame Definition beschlossen:

Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr Wohlbefinden zu heben. Unter Nutzung von Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme vermittelt Soziale Arbeit am Punkt, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit fundamental. (IFSW, 2000)

Bevor auf das ethische Dilemma eingegangen wird, nehmen die Autorinnen in einem kurzen Exkurs allgemein Bezug zur Definition – ausgehend von den menschlichen Bedürfnissen.

Menschliche Bedürfnisse und „Well-being“

Ausgangspunkt für das internationale Selbstverständnis der Sozialen Arbeit sind die menschlichen Bedürfnisse und der Umgang mit diesen Bedürfnissen. (Engelke et al., 2009, S.263) Schon vor 80 Jahren hat Ilse von Arlt betont, dass die menschlichen Bedürfnisse genau eingeschätzt werden müssen, damit von einer folgerichtigen und vollständigen Behebung von Notständen ausgegangen werden kann. Nach ihr sind die menschlichen Bedürfnisse Ausgangspunkt aller Fürsorge. (S.262)

Die oberste Zielsetzung der Sozialen Arbeit ist das „Well-being“ (menschengerechtes Sein). Damit dies erreicht werden kann, müssen die existentiellen Bedürfnisse befriedigt sein (Schmocker, 2008, S.6). Schmocker merkt dazu an: „Menschen leiden dann, wenn sie ihre existentiellen Bedürfnisse nicht befriedigen und die Welt nicht so gestalten können, wie sie in der Lage sind, sie sich vorzustellen“ (2009, S.1).

Silvia Staub-Bernasconi sieht den Ursprung der menschlichen (Grund-)Bedürfnisse, biologische, psychische und auch soziale, in der Struktur des Organismus. Deshalb kann angenommen werden, dass sie allen Menschen gemeinsam sind. Entsprechend ist die Befriedigung dieser Bedürfnisse eine Forderung nach sozialer Gerechtigkeit. (zit. in Engelke, 2002, S.369) Die Befriedigung eines Bedürfnisses ist einerseits abhängig von der Menge und Verfügbarkeit

bedürfnisbefriedigender Güter und Situationen. Andererseits von der Fähigkeit des Individuums, die gegebenen und erreichten Lösungsmöglichkeiten zu erkennen und zu nutzen sowie neue Lösungswege zu schaffen. (zit. in Engelke, 2002, S.369)

Von diesem Hintergrund ausgehend kann also geschlossen werden, dass bei einem Alterssuizid gewisse elementare Bedürfnisse nicht befriedigt werden konnten und sich die betroffene Person deshalb das Leben genommen hat. Mit Hilfe von Werner Obrechts transdisziplinärer, systemischer Theorie menschlicher Bedürfnisse wird nachfolgend aufgezeigt, welche Bedürfnisse möglicherweise bei einem Alterssuizid eine Rolle spielen.

Obrecht teilt die menschlichen Bedürfnisse in die drei Kategorien der biologischen, psychischen und sozialen ein. (1998, zit. in Schmocker, 2006, S.423)

Mit *biologischen* Bedürfnissen meint Obrecht die physische Integrität und Unversehrtheit. (Schmocker, S.423) Viele ältere Menschen leiden mit zunehmendem Alter unter chronischen Schmerzen und fühlen sich aufgrund der körperlichen Schwächen in ihrer Mobilität eingeschränkt. Das Bedürfnis nach physischer Integrität wird demzufolge nicht befriedigt, was Spannungen hervorruft und sich negativ auf das Wohlbefinden resp. das „Well-being“ der betroffenen Person auswirken kann.

Psychische Bedürfnisse hängen nach Obrecht stark mit dem Sinn, den Zielen und Hoffnungen einer Person zusammen (ib.). Menschen, welche von einer unheilbaren Krankheit betroffen sind oder an einer Depression leiden, weil sie vielleicht ihren Partner oder ihre Partnerin verloren haben, verlieren oft den Sinn des Lebens. Die Hoffnung, dass alles besser kommt, geben sie auf. Man kann also davon ausgehen, dass in diesem Fall die psychischen Bedürfnisse, wie Obrecht sie nennt, nicht befriedigt sind.

Als *soziale* Bedürfnisse nennt Obrecht soziale Zugehörigkeit, soziale Anerkennung aber auch emotionale Zuwendung und Autonomie (ib.) Bei den Einflussfaktoren in Kapitel 4.3 wird klar ersichtlich, dass soziale Isolation einen Risikofaktor für die Alterssuizidalität darstellt. Kritische Lebensereignisse wie beispielsweise die Pensionierung und der damit verbundene Verlust an Anerkennung sind weitere genannte Risikofaktoren. Das heisst also, dass bei sozialer Isolation oder beim Eintreten eines kritischen Lebensereignisses die sozialen Bedürfnisse nicht ausreichend befriedigt werden können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die menschlichen Bedürfnisse Ausgangspunkt für das Wohlbefinden jedes Individuums sind. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit besteht darin, dieses Wohlbefinden zu heben, indem sie auf die Befriedigung der Bedürfnisse hinarbeitet. Das erreicht sie, indem sie die Menschen befähigt (ermächtigt) ihr gesamtes Potenzial zu entwickeln, ihr Leben zu bereichern und sozialen Dysfunktionen vorzubeugen (IFSW, 2000, zit. in Engelke et al., 2009, S.265).

5.4 Dilemma, Autonomie versus Fürsorge

In der Arbeit mit suizidwilligen Personen stellt sich für Professionelle der Sozialen Arbeit ein zentrales Dilemma:

Autonomie im Sinne von Selbstbestimmung versus Fürsorge

Im Hinblick auf die Praxis drängt sich die Frage auf, wie sich eine Sozialarbeiterin, ein Sozialarbeiter verhält, wenn eine ältere Klientin, ein älterer Klient zu einem Suizid entschlossen ist. Respektiert sie das Vorhaben und gewichtet dadurch das Selbstbestimmungsrecht des Gegenübers höher als die lebensbejahenden Werte der Sozialen Arbeit? Oder versucht sie den Suizid zu verhindern, indem sie stellvertretend Entscheidungen trifft, allenfalls gegen den erklärten Willen der betroffenen älteren Person, im Sinne der assistierenden Fürsorge (Andreas Lob-Hüdepohl, 2007, S.143).

Es geht also darum zu beantworten, wann die Soziale Arbeit aufgrund ihrer Berufsethik eingreifen und die Integrität der Person schützen muss und wann sie das Selbstbestimmungsrecht akzeptieren soll/muss.

Konzentriert man sich auf den unverlierbaren Würde- und Autonomieanspruch jedes Menschen, könnte man daraus schliessen, dass ein Suizidwunsch akzeptiert werden muss und von fürsorglichen Massnahmen gegen den Willen der betroffenen Person abzusehen ist, denn der Mensch hat ein Recht auf freie Selbstbestimmung. Auf der anderen Seite begründet die Menschenwürde den Anspruch des Menschen auf Schutz und Respekt gegenüber seiner Integrität (Ruth Baumann-Hölzle, 2007, S.1447). Ein Suizid verletzt den Menschen in seiner Unversehrtheit auf massivste Weise. Seine Integrität zu schützen bedeutet demnach, den Suizid zu verhindern und in einer Situation, in der das Individuum in seiner Möglichkeit, seine Unversehrtheit zu bewahren, eingeschränkt ist, assistierend zu handeln.

Bereits nach dieser kurzen Ausführung wird deutlich, dass sich die Soziale Arbeit diesbezüglich in mitten einer ethischen Diskussion befindet. Nachfolgend erläutern die Autorinnen die zwei Begriffe „Selbstbestimmung“ und „Fürsorge“, damit das ethische Dilemma deutlicher herausgearbeitet werden kann.

Autonomie im Sinne von Selbstbestimmung

Die Selbstbestimmung ist ein zentraler Wert in der Professionsethik. Andreas Lob-Hüdepohl hat sich in seinem Buch über die Ethik der Sozialen Arbeit intensiv mit der Selbstbestimmung auseinandergesetzt. Gestützt auf ein liberalistisches Weltbild verwendet er Autonomie und Selbstbestimmung synonym. Die Autorinnen lehnen sich ebenfalls an dieses Theorieverständnis an.

Autonomie gilt als Schlüsselbegriff der Sozialen Arbeit. Sie steht für Eigenständigkeit, Selbstbehauptung und Unabhängigkeit und mit ihr verbinden sich die höchsten Ansprüche eines gelingenden Lebens. Für Immanuel Kant ist Autonomie sogar der Inbegriff menschlicher Freiheit bzw. freier Selbstbestimmung des Menschen als Vernunftswesens und damit die Wurzel seiner unantastbaren Würde als Mensch. Im Alltagsverständnis ist die Vorstellung, Autonomie sei gleich Bindungslosigkeit, weit verbreitet. Der Begriff ist jedoch sehr viel komplexer und gehaltvoller. Autonomie bedeutet streng genommen *Selbstgesetzgebung* (autos = selbst; nomos = Gesetz). Selbstgesetzgebung meint, dass der Mensch sich aus freien Stücken an ein Gesetz moralischen Handelns bindet, das für die anderen Menschen ebenfalls gilt. Als vernunftbegabtes Wesen auferlegt er sich, das Gesetz kategorisch zu beachten. (Lob-Hüdepohl, 2007, S.126f)

Die menschliche Autonomie drückt sich nach Kant in einer aktiven und einer passiven Weise aus. Die Selbstbestimmung eines Menschen, die sich in seiner aktuellen freien Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit zeigt, ist die aktive Weise. „Handle nur nach der Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde“ (Kant, zit. in Lob-Hüdepohl, 2007, S.127). Die passive Seite der Autonomie ist die absolute Selbstzwecklichkeit. Damit meint Kant folgendes Prinzip: „Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloss als Mittel brauchst.“ (zit. in Lob-Hüdepohl, 2007, S.127) Lob-Hüdepohl nennt dieses Prinzip „um-seiner-selbst-willen-Dasein“. Es geht also darum, dass eine Entscheidung um ihrer selbst willen betrieben wird, ohne dass es dafür eines äusseren Anlasses bedürfte. (2007, S.127)

Die aktive Weise des Autonomieverständnisses von Lob-Hüdepohl wird auch in den ethischen Prinzipien der IFSW und IASSW sichtbar:

„Professionelle der Sozialen Arbeit sollen das Recht der Menschen, ihre eigene Wahl und Entscheidungen zu treffen, achten und fördern, ungeachtet ihrer eigenen Werte und Lebensentscheidungen, vorausgesetzt, dies gefährdet nicht die Rechte und legitimen Interessen Anderer.“ (IFSW)

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass beide Seiten, also die Selbstbestimmung des Menschen durch freie Willensäußerungen und Entscheidungen sowie die Selbstzwecklichkeit gemeinsam die menschliche Autonomie bilden und dadurch menschliche Würde schaffen. Autonomie steht für eine eigenverantwortliche Lebensführung eines Menschen. Sie ist nicht bindungslos, sondern immer bindungsstark und gegenüber der autonomen Lebensführung der Mitmenschen verantwortungsvoll. Die Achtung vor der eigenen Selbstzwecklichkeit schliesst

demnach den Respekt vor der gelingenden Lebensführung jener Menschen, mit denen der Einzelne in den sozialen Netzen der gemeinsamen Lebenswelt verbunden ist, mit ein. (Lob-Hüdepohl, 2007, S.127)

Fürsorge

„Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr Wohlbefinden zu heben ...“ (IFSW, 2000). Dieser erste Teil der Definition Sozialer Arbeit beschreibt den fürsorglichen Auftrag der Profession. Als Fürsorge bezeichnet Christa Schnabl (2005) jene Handlungen, die einseitig das Wohl eines anderen Menschen befördern. (S.443)

Warum spricht man sozialetisch überhaupt von Fürsorge? Menschen sind hinsichtlich ihres Überlebens und der Erfüllung ihrer elementaren menschlichen Bedürfnisse auf andere angewiesen und von ihnen abhängig. Das ist der Hintergrund für eine spezielle Form von menschlichen Beziehungen, die auch Abhängigkeit und Verletzbarkeit beinhaltet. Denkt man an den Beginn des Lebens mit der Geburt und an das Ende mit der Sterblichkeit, so wird klar, dass alle Menschen in spezieller Hinsicht auf Fürsorge angewiesen sind, und dies nicht nur am Anfang und am Ende des Lebens, sondern ebenso in gewissen Phasen dazwischen wie beispielsweise in Krankheitszeiten. (2005, S.443)

Schnabl unterscheidet drei Ebenen von Fürsorge: Die Fürsorge als „Liebespflicht“, als „Tugendpflicht“ und als „Rechtspflicht“.

Unter Fürsorge als „Liebespflicht“ wird die emotionale Anteilnahme am Leben und Schicksal anderer Menschen verstanden. Sie gilt als ethische Verpflichtung innerhalb persönlicher Nah- und Primärbeziehungen, selbst wenn sie durch Liebe motiviert ist und eine Reaktion von emotionaler Zuwendung ist, die man erhält. Fürsorge als „Liebespflicht“ ist eine von der persönlichen Beziehung abhängige Handlungsform, die Individuen dazu veranlasst, sich um das Wohl anderer zu kümmern. Sie unterliegt aber nicht nur einem „natürlichen Antrieb“, sondern auch einer moralischen Pflicht. Denn Menschen, die einander in dieser Form verbunden sind, sehen sich nicht nur gezwungen, fürsorglich zu handeln, sondern treffen Entscheidungen über Art, Ausmass und Inhalt ihrer fürsorglichen Handlungen. (Schnabl, 2005, S.458f)

Bei der Fürsorge als „Tugendpflicht“ geht es um eine Form der Verantwortung für andere Menschen im sozial-gesellschaftlichen Raum. Es handelt sich um eine allgemeine Verpflichtung auf der Basis allgemeiner Menschlichkeit. Die Fürsorge gilt auf dieser Ebene als soziale Tugend, als eine moralische Verpflichtung, bei der keine Anspruchsrechte bestehen. Diese Form der Fürsorge ist mit der Achtung der Würde jedes Menschen verknüpft. (Schnabl, 2005, S.465)

Stürzt beispielsweise eine Person auf der Strasse hin, so fühlen sich die anwesenden Menschen moralisch verpflichtet, der Person zu helfen.

Die Profession Sozialer Arbeit ist primär auf der dritten Ebene anzusiedeln. Die Fürsorge als „Rechtspflicht“ basiert auf einem Pflichtcharakter und gründet in einer Situation der Abhängigkeit aufgrund mangelnder Fähigkeiten oder Möglichkeiten einzelner Menschen. Der Anspruch auf Fürsorge leitet sich aus dem Prinzip der Menschenwürde jedes Menschen bzw. aus dem Anspruch der gleichen Achtung ab. Die Verpflichtung zur Fürsorge beruht also auf einer universalistisch, menschenrechtlichen Begründung. Wenn Menschen sich nicht umfassend versorgen können, dann haben sie einen moralischen Anspruch auf Unterstützung, der für bestimmte Situationen auch in rechtlicher Form verfügbar ist, zum Beispiel durch die Sozialhilfe. Fürsorge als soziales Recht ist verbunden mit den Grundrechten wie Ernährung, Unterkunft, Gesundheit usw., also mit der menschlichen Bedürfnisbefriedigung. Die Fürsorge soll jedoch nur so weit gehen, dass die Partizipation gewahrt bleibt. Fürsorge ist demnach eine Form der Hilfe, die Menschen ermächtigen soll, jeweils ihren Möglichkeiten und Fähigkeiten entsprechend selbstbestimmt am Gemeinwesen teilzuhaben und teilzunehmen. (Schnabl, 2005, S.470f)

Schnabl merkt zu Recht an, dass die Einteilung der Fürsorge in diese drei Ebenen nicht klar abzugrenzen ist. Selbst die professionelle Fürsorge im Rahmen der Sozialen Arbeit kann aus dem Motiv der emotionalen Zuwendung zum Menschen vollzogen werden. Bei der Annahme, Fürsorge mit Liebe geschehe nur im Kreise der Familie und Fürsorge ohne Liebe im professionellen Sektor wie der Sozialen Arbeit, ist deshalb Vorsicht walten zu lassen. (2005, S.466)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Fürsorge in der Profession Sozialer Arbeit eine Pflicht darstellt, die auf dem Prinzip der Menschenwürde basiert. Im Hinblick auf die Unantastbarkeit der Menschenwürde und der Unveräußerlichkeit der Menschenrechte muss die Fürsorge in jedem Fall gewährleistet werden. Die Soziale Arbeit hat also die moralische Pflicht, Fürsorge zu leisten. Was ist aber, wenn die betroffene Person die Fürsorge ablehnt? Entbindet das die Professionellen von der Pflicht der Fürsorge? Diese Fragen lassen sich nicht so leicht beantworten und führen zurück zum eingangs definierten Dilemma:

Autonomie im Sinne von Selbstbestimmung versus Fürsorge

5.5 Reflexion und Beantwortung der Hauptfrage

Die Autorinnen haben sich im vorhergehenden Kapitel mit der Frage beschäftigt, worin das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben und Sterben besteht und wo dieses Recht aufgrund fürsorglichen Handelns determiniert wird.

Das Dilemma – Autonomie versus Fürsorge – schafft vordergründig den Eindruck, dass die Professionellen sich von ihrer Berufsethik her überlegen müssen, welches der beiden Rechte höher gewichtet wird. Ist das Selbstbestimmungsrecht bzw. die Autonomie dominanter, so würden keine sozialarbeiterischen Massnahmen ergriffen werden, um den Suizid zu verhindern. Wird jedoch die Fürsorge höher gewichtet, so haben die Sozialarbeitenden Massnahmen gegen einen geplanten Suizid zu ergreifen. Die Erläuterungen der beiden Begriffe Autonomie bzw. Selbstbestimmung und Fürsorge zeigen jedoch, dass die zwei Begrifflichkeiten nicht linear mit Akzeptanz oder Verhinderung eines Suizids in Verbindung gebracht werden können. Die Ausführungen im vorhergehenden Teil zeigen deutlich, dass Autonomie und Fürsorge weitaus gehaltvoller sind. Dies soll anhand einer kurzen Zusammenfassung nochmals aufgezeigt werden.

Autonomie darf nie bindungslos betrachtet werden. Das Recht auf Selbstbestimmung kann nur in der Masse aufrechterhalten werden, indem andere Personen nicht in ihrem Selbstbestimmungsrecht tangiert sind und sich die Betroffenen nicht selbst gefährden. (Baumann-Hölzle, 2007, S.1447) Aufgrund der obersten Maxime des „Well-beings“ verfolgt die Soziale Arbeit das Ziel, die körperliche und seelische Integrität zu wahren. Das heisst also, das Selbstbestimmungsrecht von Klienten und Klientinnen kann nur so weit gefördert werden, dass keine körperlichen Schäden zustande kommen. Staub-Bernasconi (2006) merkt in diesem Sinne dazu an, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit dem Klientel das Recht zugestehen sollen, ihren eigenen Lebensweg nach persönlichen Wohlbefindens- und Glücksvorstellungen zu wählen, solange andere und sie selbst damit nicht zu Schaden kommen (S.287).

Fürsorge zu leisten ist eine auf der Menschenwürde basierende Pflicht der Sozialen Arbeit, von der sich die Professionellen nicht entbinden lassen können. Die Fürsorge hat stets das Wohl des Betroffenen zum Ziel und beinhaltet die Ermächtigung des Einzelnen, selbstbestimmt zu handeln. (vgl. Schnabl, 2005, S.470f)

Die beiden Begriffe können also nicht losgelöst voneinander betrachtet werden. Die Selbstbestimmung ist in der Fürsorge enthalten und umgekehrt. In der Definition der Sozialen Arbeit kommt dies durch das Wort „Ermächtigung“ zum Ausdruck.

Ermächtigen heisst fürsorglich Handeln, so dass die menschlichen Bedürfnisse befriedigt und das Wohlbefinden gewährleistet werden kann. Fehlt nun dem Einzelnen die Möglichkeit oder

die Fähigkeit zur Bedürfnisbefriedigung, so unterstützt die Soziale Arbeit fürsorglich. Auf der anderen Seite beinhaltet die Ermächtigung, die Person selbstbestimmt handeln zu lassen. Das Selbstbestimmungsrecht kann jedoch nur so weit geachtet werden, dass es nicht die Rechte und das Selbstbestimmungsrecht der Mitmenschen gefährdet. Die Autorinnen sind der Ansicht, dass ein Alterssuizid Auswirkungen auf die Umwelt hat und die autonome Lebensführung der Mitmenschen tangieren kann. Mögliche Auswirkungen werden in der folgenden dreineuronalen Sichtweise aufgezeigt, wobei sie jedoch nicht abschliessend betrachten werden können.

Makroebene

Wirtschaftlich betrachtet kommt ein Alterssuizid der Gesellschaft durchaus entgegen, bedenkt man die Einsparung von Geldern bei der AHV und den Pensionskassen.

Wie die Epidemiologie in Kap. 4.1 zeigt, erhöht sich die Anzahl der alten Menschen, die sich suizidieren. Diese Entwicklung kann zu einem Druck auf ältere Menschen führen, sich ebenfalls das Leben zu nehmen, beispielsweise wenn sie Kosten verursachen oder wenn sie den Eindruck haben, anderen zur Last zu fallen. Dabei besteht die Gefahr, dass sich die Menschen nicht aus einem freien Willensentscheid das Leben nehmen, sondern auf Druck ihres Umfelds hin, weil andere in ihrer Situation das auch getan haben. (vgl. NEK-CNE, 2005, S.21f)

Auch wenn der Alterssuizid gesellschaftlich akzeptiert wird, könnten sich ältere Menschen unter Druck fühlen, sich das Leben zu nehmen und unter Schuldgefühlen leiden, wenn sie es nicht tun.

Mesoebene

Ein Alterssuizid hat Auswirkungen auf die Hinterbliebenen. Dies können Schuldgefühle sein, Gefühle von Trauer und Wut oder auch Erleichterung.

Ein Suizid hat zudem Auswirkungen auf die Institutionen, die mit älteren Menschen arbeiten. Gehäufte Suizide können ein schlechtes Licht auf Organisationen werfen, deren Aufgabe es ist, Menschen im Alter zu unterstützen.

Mikroebene

Hilfsangebote, die vielleicht zum Verschwinden des Suizidwunsches geführt hätten, bleiben ungenutzt, wenn sich die Person in einer Affekthandlung das Leben genommen hat. Ein Suizid kann nicht mehr rückgängig gemacht werden.

5.6 Die Position der Sozialen Arbeit aus berufsethischer Sicht

Die bisherigen Ausführungen dieses Kapitels weisen darauf hin, dass die Position der Sozialen Arbeit zwar eindeutig ist, aber nicht schwarz-weiß betrachtet werden kann. Als lebensbejahende Profession hat sie darauf hinzuwirken, dass gesellschaftliche wie persönliche Strukturen so beschaffen sind, dass der alte Mensch seine Bedürfnisse erfüllen kann und somit Wohlbefinden und Lebensfreude erfährt. In der Arbeit mit suizidwilligen Personen ist es die ethische Pflicht der Sozialen Arbeit, dem Menschen andere Möglichkeiten zur Lebensfreude aufzuzeigen und ihn fürsorglich zu unterstützen, damit seine elementaren Bedürfnisse befriedigt werden und der Suizidwunsch nachlässt. Dabei ist die dreineiveaunale differenzierte Sichtweise zentral. Nur so kann man der Komplexität des Einzelfalles gerecht werden.

Was ist aber, wenn es nicht gelingt, die grundlegenden Bedürfnisse so zu befriedigen, dass die Person den Suizidwunsch aufgibt? Was ist, wenn sich der alte Mensch in einer Situation befindet, in der seine Lebensqualität dauerhaft eingeschränkt ist, sodass Wohlbefinden und damit ein Leben in Würde nicht mehr möglich ist? Darf/soll die Soziale Arbeit in diesem Fall das Selbstbestimmungsrecht des Klienten höher gewichten, selbst wenn dadurch die Integrität des alten Menschen verletzt wird und Dritte in ihrer Selbstbestimmung möglicherweise tangiert werden?

Im Hinblick auf die Menschenwürde können sich die Professionellen in der konkreten Situation fragen, welche fürsorgliche Handlung dem alten Menschen zum Wohlbefinden verhilft. Im Einzelfall können sie dabei zum Schluss kommen, dass nur ein würdevolles Sterben dem alten Menschen Wohlergehen verschafft. Die Autorinnen halten es auf der Grundlage der Professionsethik für ethisch legitim, das Selbstbestimmungsrecht des alten Menschen zu respektieren, wenn die elementaren physischen und psychischen Bedürfnisse dauerhaft nicht mehr erfüllt und somit ein Leben in Würde nicht mehr erreicht werden kann.

Ein solcher Einzelfallentscheid verlangt höchste Sorgfaltspflicht. Er bedingt eine sorgsame Prüfung der Lebenssituation des alten Menschen, wobei neben der Urteilsfähigkeit auch der Kontinuität des Sterbewunsches sowie dem unmittelbaren Umfeld der Person Beachtung geschenkt werden sollte. Entscheiden sich die Sozialarbeitenden, die Selbstbestimmung des Klienten zu respektieren, stellt sich unter Umständen die Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass die betroffene Person die verbleibende Zeit möglichst würdevoll erleben kann. Fürsorgliches Handeln kann in diesem Kontext bedeuten, den alten Menschen zu ermächtigen, sich Informationen über würdevolles Sterben zu beschaffen. Fürsorge kann auch heißen, ihn in den organisatorischen oder zwischenmenschlichen Angelegenheiten zu unterstützen, die er noch erledigen möchte.

Schliesslich kann die Entscheidung, ob ein angekündigter Suizid eines alten Menschen respektiert wird oder ob er durch sozialarbeiterische Massnahmen gegen den Willen der Person zu verhindern versucht wird, nicht auf einer theoretischen Ebene entschieden werden. Neben der Beachtung der berufsethischen Grundlage bleibt es auch immer ein Gewissensentscheid des einzelnen Professionellen. Es steht ausser Frage, dass die Auseinandersetzung mit dem ethischen Dilemma im konkreten Fall belastend ist und höchste Ansprüche an die Sozialarbeitenden stellt. Deshalb sind die Autorinnen der Ansicht, dass eine solche Entscheidung im Dialog mit den Arbeitskolleginnen und -kollegen getroffen werden sollte.

Auch wenn die Soziale Arbeit im Einzelfall das Selbstbestimmungsrecht des alten Menschen höher gewichtet, bleibt es ihr primäres Anliegen, das Leben von Menschen zu erhalten. Es sollen alternative Möglichkeiten aufgezeigt werden, die dem Menschen zur Lebensfreude verhelfen. Was aber kann die Profession konkret tun, damit sich die Anzahl der alten Menschen, die ihrem Leben ein Ende setzen (möchten), verringert? Mit dieser Frage beschäftigt sich das nächste Kapitel

6. Konsequenzen für die Soziale Arbeit

Die Bedingungen suizidaler Handlungen im Alter sind sehr komplex und stehen mit einer Vielzahl von Einflussfaktoren, wie sie im Kapitel 4 beschrieben sind, im Zusammenhang. Personenspezifische Bedingungen spielen ebenso eine Rolle wie Umwelt- und verhaltensspezifische Faktoren. (vgl. Kap. 4.2.4) Diese Vielschichtigkeit erfordert Anstrengungen und Massnahmen diverser Disziplinen wie zum Beispiel der Sozialen Arbeit, der Medizin, der Psychologie oder der Gerontologie. Die Soziale Arbeit ist eine wichtige Akteurin in diesem Arbeitsfeld, gerade weil sie der dreiniveaunalen Sichtweise verpflichtet ist und es zu ihren Stärken gehört, das Individuum ganzheitlich, am konkreten Ort des Sozialen zu betrachten.

Die Autorinnen sehen den Handlungsbedarf für die Soziale Arbeit vorwiegend in der Prävention. Im Folgenden werden mögliche Massnahmen erläutert, wobei diese nicht abschliessend zu betrachten sind.

Auf der *Makroebene* kann die Soziale Arbeit darauf hinwirken, dass sich das Denken und Handeln der Gesellschaft gegenüber älteren Menschen verändert. Die Autorinnen sehen diesbezüglich folgende Möglichkeiten:

Durch Werbekampagnen, öffentliche Veranstaltungen, geführt von Institutionen bzw. Sozialarbeitenden in Zusammenarbeit mit Betroffenen, sollen der Bevölkerung realitätsbezogene Altersbilder vermittelt werden. Das Bild der alten Menschen ist nach wie vor negativ geprägt, nicht zuletzt durch die mediale Auseinandersetzung mit dem Alter. Zudem werden ältere Menschen häufig für die Ressourcenknappheit der Sozialwerke verantwortlich gemacht. (vgl. Kap. 3.5, 3.6)

Weiter soll die Bevölkerung über das Ausmass der Suizide unter älteren Menschen informiert und das Thema somit enttabuisiert werden. Dies kann in Form von Workshops, Vorträgen und Beiträgen in Fernsehen und Zeitung geschehen.

An den Universitäten und Hochschulen ist die Auseinandersetzung mit dem Alter und auch der Suizidproblematik in Form von Aus- und Weiterbildung anzustreben. Angesichts der zunehmenden Zahl älterer Menschen in der Gesellschaft wäre die Einführung eines Pflichtmoduls „Alter“ im Rahmen der Ausbildung zur Sozialarbeiterin bzw. zum Sozialarbeiter denkbar.

Auf der *Mesoebene* sehen die Autorinnen folgende Möglichkeiten:

Einerseits sollen Institutionen, die mit älteren Menschen arbeiten (Spitäler, Altersheime usw.) auf die Thematik des Alterssuizids sensibilisiert werden. Andererseits ist es notwendig, dass Sozialarbeitende, Pflegepersonal und sonstige Mitarbeitende Kenntnis darüber haben, wie sie sich in konkreten Fällen verhalten können. Dabei spielt vor allem die ethische Auseinandersetzung eine bedeutende Rolle. Diesbezüglich erachten die Autorinnen eine Schaffung von ethik-

verantwortlichen Instanzen in den Institutionen als sinnvoll. So kann sich das Personal bei einer Konfrontation mit einer suizidwilligen Person an die zuständige Stelle wenden.

Eine weitere Möglichkeit, Präventionsarbeit zu leisten, besteht nach Ansicht der Autorinnen in der Förderung von zwischenmenschlichen Beziehungen. Dadurch soll der Einsamkeit und der sozialen Isolation, unter denen viele ältere Menschen leiden und die als wesentliche Einflussfaktoren für suizidales Verhalten gelten, entgegengewirkt werden.

Bereits haben sich verschiedene Institutionen mit der Einsamkeit und Isolation im Alter befasst und entsprechende Projekte lanciert. Kirchliche Institutionen und das Rote Kreuz beispielsweise koordinieren einen Besuchsdienst für ältere Menschen durch freiwillige Personen. Auch die Anzahl generationenübergreifender Projekte ist beachtlich und die Sozialarbeitenden sind herausgefordert, sich über die Vielfalt der Angebote eine Übersicht zu verschaffen, damit diese einer älteren Person bei Bedarf vermittelt werden können. Eine weitere Aufgabe der Sozialen Arbeit kann die Initiierung und Begleitung solcher Projekte sein.

Auf der *Mikroebene* geht es um den alten Menschen selbst. Die Sensibilisierung mit der Thematik des Alterssuizids kann den Professionellen helfen, suizidgefährdete ältere Menschen frühzeitig zu erkennen. So können die Sozialarbeitenden im direkten Gespräch die Betroffenen mit vermuteten Suizidwünschen konfrontieren, was ihnen möglicherweise Leidensdruck nimmt. Es kann rechtzeitig versucht werden, auf die vorhandenen Umstände so einzuwirken, dass die Bedürfnisse des alten Menschen befriedigt werden und er neuen Lebensmut entwickelt.

Im Kapitel 4.3.4 haben die Autorinnen aufgezeigt, dass die Verwitwung eine häufige Selbstmordursache im Alter ist. Aufgrund dieser Tatsache wäre eine aufsuchende Sozialarbeit, welche gezielt mit (frisch) verwitweten älteren Personen den Kontakt sucht, Bedürfnisse abklärt und Kontaktmöglichkeiten schafft, ein vielversprechender Weg.

Weiterführende Fragen

In der intensiven Auseinandersetzung mit dem Alter und dem Alterssuizid im Rahmen dieser Bachelorarbeit sind die Autorinnen auf weiterführende Fragen gestossen, denen sich eine weitere Bachelor- oder Masterarbeit widmen könnte:

- Welches sind die bestehenden Angebote, die sich mit der Lebensphase Alter und der Thematik der Suizidalität im Alter auseinandersetzen?
- Wie gehen die Alters- und Pflegeheime mit diesem Thema um? Insbesondere auch mit den versteckten (larvierten) Suiziden?
- Wie sieht die geschlechterspezifische Auseinandersetzung beim Alterssuizid aus? Gibt es unterschiedliche Präventionsansätze bei Männern und Frauen?

Schlusswort

Die Zunahme der Suizide älterer Menschen lässt aufhorchen. Die Autorinnen sind der Überzeugung, dass der Alterssuizid ein gesamtgesellschaftliches Problem ist, das nicht nur an die Soziale Arbeit delegiert werden kann. Die Gesellschaft als Ganzes ist gefordert, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit ältere Menschen sich sozial integriert fühlen, Wertschätzung erfahren und ihre elementaren Bedürfnisse befriedigen können. Dies fängt nicht erst auf der politischen Ebene, sondern bei jedem Mitglied der Gesellschaft an. Jeder Einzelne kann sich fragen, wie er alten Menschen begegnet und welche Zuschreibungen er gegenüber dem Alter bzw. den Alten vornimmt. Denn, wie im Kapitel 3.7.2 beschrieben, beeinflussen die Stereotypen das Selbstbild älterer Menschen. Angesichts der Tatsache, dass der grösste Teil der Bevölkerung selbst auch einmal alt wird, ist Solidarität mit den Menschen, die bereits in dieser Lebensphase sind, eine logische Konsequenz.

Literaturverzeichnis

Backes, Gertrud M. & Clemens, Wolfgang (2003). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung* (2. Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.

Baumann-Hölzle, Ruth (2007). *Selbsttötung als Menschenrecht – ethische Überlegungen zu einem gesellschaftlichen Klimawandel*. Schweizerische Ärztezeitung, S.1446 -1451.

Bühlmann, Beat (2008, 4. Juli). *Suizid im Alter nimmt zu – für Prävention fehlt das Geld*. Tagesanzeiger. Gefunden am 10.05.2009, unter <http://www.tagesanzeiger.ch/>

Bundesamt für Gesundheit [BFG] (2004). *Suizid und Suizidprävention in der Schweiz Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251)*. Gefunden am 26.11.2009 unter <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=3742>

Bundesamt für Statistik [BFS] (2006). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005-2050*. Gefunden am 11.10.2009 unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=2411>

Bundesamt für Statistik [BFS] (2008). *Bevölkerung – die wichtigsten Zahlen*. Gefunden am 11.10.2009 unter http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/nach_geschlecht.html

Bundesamt für Statistik [BFS] (2008). *Von Generation zu Generation. Entwicklung der Todesursachen 1970 bis 2004*. Gefunden am 12.09.2009 unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=3251>

Bundesamt für Statistik [BFS] (2009). *Das Panorama zu „Bevölkerung“*. Gefunden am 11.10.2009 unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/01/pan.html>

Carigiet, Erwin; Mäder, Ueli & Bonvin, Jean-Michel (Hrsg.). (2003). *Wörterbuch der Sozialpolitik*. Zürich: Rotpunktverlag.

Dorsch, Friedrich (2000). *Psychologisches Wörterbuch*. (Häcker, Hartmut O. & Stapf, Kurt-H., Hrsg.) (15. überarb. Aufl.). Bern: Hans-Huber Verlag.

- Engelke, Ernst; Spatscheck, Christian & Borrmann Stefan (2009). *Die Wissenschaft Soziale Arbeit. Werdegang und Grundlagen* (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Engelke Ernst (2002). *Theorien der Sozialen Arbeit*. (3. Aufl.) *Eine Einführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Erlemeier, Norbert (2002). *Suizidalität und Suizidprävention im Alter*. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Faltermaier, Toni; Mayring, Philipp; Saup, Winfried & Strehmel, Petra (2002). *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Filipp, Sigrun-Heide & Mayer, Anne-Kathrin (1999). *Bilder des Alters. Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Friedrich, Ingrid & Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.). (1992). *Suizid im Alter*. Darmstadt: Steinkopff.
- Göckenjan, Gerd (2000). *Das Alter würdigen. Altersbilder und Bedeutungswandel des Alters*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Greune, Manuel (2007). *Suizidalität im Alter in Deutschland: Gefahren und Präventionsmöglichkeiten*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Hildebrandt, Helmut (Hrsg.). (1994). *Klinisches Wörterbuch Pschyrembel* (257. Aufl.). Berlin; New York: de Gruyter.
- Hirsch, Rolf D.; Bruder, Jens & Radebold, Hartmut (Hrsg.). (2002). *Suizidalität im Alter*. Bonn, Hamburg, Kassel: Chudeck Druck, Bornheim-Seckem.
- Hirzel-Wille, Martina (2002). *Suizidalität im Alter: Individuelles Schicksal und soziales Phänomen*. Bern: Peter Lang AG, Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Höpflinger, François & Stuckelberger, Astrid (2000). *Demographische Alterung und individuelles Altern. Ergebnisse aus dem nationalen Forschungsprogramm Alter* (2. Aufl.). Zürich: Seismo.

International Federation of Social Workers [IFSW]. (Ohne Datum). *Ethik in der Sozialen Arbeit – Darstellung der Prinzipien*. Gefunden am 13.11.2009 unter <http://www.ifsw.org/p38000739.html>

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

Leimgruber, Walter (ohne Datum). *Wörterbuch der Sozialpolitik*. Gefunden am 20.10.2009 unter <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/show.cfm?id=133>

Lob-Hüdepohl, Andreas & Lesch, Walter (Hrsg.). (2007). *Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch*. Paderborn: Ferdinand Schöningh.

Perrig-Chiello, Pasqualina; Höpflinger, François & Suter, Christian (2008). *Generationen – Strukturen und Beziehungen. Generationenbericht Schweiz. Synthesebericht des Nationalen Forschungsprogramms 52 „Kindheit, Jugend und Generationenbeziehungen in einer sich wandelnden Gesellschaft“*. Zürich: Seismo.

Plitt, Svenja (2006). *Suizidalität im Alter. Ausmass, Ursachen und Präventionsansätze*. Berlin: VDM Dr. Müller.

Pohlmann, Stefan (2004). *Das Alter im Spiegel der Gesellschaft*. Idstein: Schulz-Kirchner.

Prahl, Hans-Werner & Schroeter, Klaus R. (1996). *Soziologie des Alterns. Eine Einführung*. Paderborn: Ferdinand Schöningh.

Sachse Rainer (2007). *Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten* (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

Schaller, Sylvia (2008). *Multimodales Erklärungsmodell der Suizidalität im Alter*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 1, S.14–21.

Schmidke, Armin; Sell, Roxane & Löhr, Cordula (2008). *Epidemiologie von Suizidalität im Alter*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, S.3–13.

Schmocker, Beat (Hrsg.). (2006). *Liebe Macht Erkenntnis. Silvia Staub-Bernasconi und das Spannungsfeld Soziale Arbeit*. Freiburg im Breisgau: Interact Luzern HSA.

Schmocker, Beat (2008). *Das Wertgebäude der Sozialen Arbeit. Skript interne Weiterbildung Stiftung Bühl Wädenswil vom 1. Februar 2008*. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Schmocker, Beat (2009). *Berufsethische Grundlagen Sozialer Arbeit*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Schnabl, Christa (2005). *Gerecht sorgen. Grundlagen einer sozialetischen Theorie der Fürsorge*. Freiburg: Herder.

Staub-Bernasconi, Silvia (2006). *Exemplarische Theoriebildung Sozialer Arbeit. Der Beitrag einer systematischen Ethik*. In: Dungs, Susanne; Gerber, Uwe; Schmidt, Heinz & Zitt, Renate (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Ethik im 21. Jahrhundert* (S. 283). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.

Stracke-Mertes, Ansgar (1994). *Soziologie: der Blick auf soziale Beziehungen*. Hannover: Vincentz.

Swientek, Christine (2008). *Letzter Ausweg Selbstmord. Was alte Menschen in den Tod treibt*. Freiburg im Breisgau: Herder.

Teising, Martin (1992). *Alt und Lebensmüde. Suizidneigung bei älteren Menschen*. Basel: E. Reinhardt.

Anhang

Ethik in der Sozialen Arbeit – Erklärung der Prinzipien

International Federation of Social Workers (IFSW)
International Association of Schools of Social Work (IASSW)

1. Vorwort

Ethisches Bewusstsein ist ein grundlegender Teil der beruflichen Praxis von Sozialarbeitern/innen. Ihre Fähigkeit und ihre Verpflichtung ethisch zu handeln ist ein wesentlicher Aspekt der Qualität der Dienstleistung, die denjenigen angeboten wird, die sozialarbeiterische Dienste nutzen.

Das Ziel der Arbeit von IASSW und IFSW ist, die Ethikdebatte und Überlegungen in den Mitgliedsorganisationen zu fördern, ebenso bei den Anbietern von sozialer Arbeit in den Mitgliedsländern, auch den Ausbildungsstätten für soziale Arbeit und unter den Studierenden. Einige ethischen Herausforderungen und Probleme mit denen Sozialarbeiter/innen konfrontiert werden sind in manchen Ländern ganz spezifisch andere sind gemeinsam oder allgemein.

Dadurch, dass diese gemeinsame Stellungnahme von IASSW und IFSW auf der Ebene allgemeiner Prinzipien bleibt, sollen Sozialarbeiter/innen auf der ganzen Welt ermutigt, werden über die ihnen begegnenden Herausforderungen und Dilemmata nachzudenken, und so ethisch begründete Entscheidungen zu treffen wie in jedem einzelnen Fall zu handeln ist. Einige dieser Problembereiche beinhalten:

- die Tatsache, dass die Loyalität von Sozialarbeiter/innen oft inmitten widerstreitender Interessen liegt
- Die Tatsache, dass die Rolle des/der Sozialarbeiters/in sowohl die des Helfers, wie die des Überwachers ist.
- Die Konflikte zwischen der Pflicht von Sozialarbeitern/innen die Interessen derjenigen zu schützen, mit denen sie arbeiten und den gesellschaftlichen Anforderungen von Effizienz und Nutzen
- Die Tatsache, dass die Ressourcen einer Gesellschaft begrenzt sind.

Ausgangspunkt dieses Dokumentes ist die Definition von Sozialer Arbeit, die von IFSW und IASSW auf ihrer jeweiligen Generalversammlung in Montreal Kanada 2000 verabschiedet und dann im Mai 2001 in Kopenhagen als eine gemeinsame angenommen wurde. (Kapitel 2) Diese Definition betont die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit. Das nächste Kapitel (3) weist auf verschiedene Menschenrechtserklärungen und -übereinkommen hin, die für die Soziale Arbeit relevant sind, gefolgt von einer Darstellung allgemeiner ethischer Prinzipien unter den beiden weiten Überschriften Menschenrechte und Menschenwürde und soziale Gerechtigkeit. (Kapitel 4) Das letzte Kapitel führt in einige grundlegende Anleitungen zu ethischem Handeln in der Sozialen Arbeit ein. Es wird erwartet, dass diese Richtlinien und verschieden Kodizes von den Mitgliedsorganisationen des IFSW und IASSW erarbeitet werden.

2. Definition Sozialer Arbeit

Die Profession Soziale Arbeit fördert sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen und die Stärkung und Befreiung von Menschen, um das Wohlergehen zu stärken. Gestützt auf Theorien über menschliches Verhalten und sozialer Systeme greift Sozialarbeit an den Stellen ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Wechselwirkung stehen. Die Grundlagen von Menschenrechten sozialer Gerechtigkeit sind für die Soziale Arbeit wesentlich.

3. Internationale Übereinkommen

Internationale Menschenrechtserklärungen und Übereinkommen bilden allgemeine Zielsetzungen und anerkannte Rechte, die von der Weltgemeinschaft akzeptiert werden. Für die soziale Arbeit besonders relevante Dokumente sind:

- allgemeine Erklärung der Menschenrechte
- Die internationale Verpflichtung über bürgerliche und politische Rechte
- Die internationale Verpflichtung über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte
- Das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung
- Das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung gegen Frauen
- Das Übereinkommen über die Rechte des Kindes
- Das Übereinkommen betreffend die Ureinwohner und Stammesvölker (ILO Übereinkommen 169)

4. Prinzipien

4.1. Menschenrechte und Menschenwürde

Soziale Arbeit basiert auf der Achtung vor dem besonderen Wert und der Würde aller Menschen, und aus den Rechten, die sich daraus ergeben. Sozialarbeiter/innen sollen die körperliche, psychische, emotionale und spirituelle Integrität und das Wohlergehen einer jeden Person wahren und verteidigen. Das heißt:

1. Das Recht auf Selbstbestimmung achten- Sozialarbeiter/innen sollten das Recht der Menschen achten und fördern, eigene Wahl und Entscheidungen zu treffen, ungeachtet ihrer Werte und Lebensentscheidung, vorausgesetzt, das dadurch nicht die Rechte und legitimen Interessen eines anderen gefährdet werden.

2. Das Recht auf Beteiligung fördern- Sozialarbeiter/innen sollten das volle Einbeziehen und die Teilnahme der Menschen, die ihre Dienste nutzen fördern, so dass sie gestärkt werden können in allen Aspekten von Entscheidungen und Handlungen, die ihr Leben betreffen.

3. Jede Person ganzheitlich behandeln- Sozialarbeiter/innen sollten sich mit der Person als Ganzes innerhalb der Familie, der Gemeinschaft, sowie der sozialen und natürlichen Umwelt beschäftigen, und sollten darauf bedacht sein, alle Aspekte des Lebens einer Person wahrzunehmen.

4. Stärken erkennen und entwickeln- Sozialarbeiter/innen sollten den Schwerpunkt auf die Stärken des Einzelnen, der Gruppen und der Gemeinschaften richten um dadurch ihre Stärkung weiter zu fördern

4.2. Soziale Gerechtigkeit

Sozialarbeiter/innen haben eine Verpflichtung, soziale Gerechtigkeit zu fördern in Bezug auf die Gesellschaft im Allgemeinen und in Bezug auf die Person mit der sie arbeiten. Das heißt:

1. Negativer Diskriminierung entgegenzutreten(1)- Sozialarbeiter/innen haben die Pflicht, negativer Diskrimi-

nierung auf Grund von Merkmalen wie Fähigkeiten, Alter, Kultur, Geschlecht, Familienstand, sozioökonomischem Status, politischer Überzeugung, Hautfarbe, Rasse oder anderer körperlicher Gegebenheiten, sexueller Orientierung, oder spiritueller Überzeugung entgegenzutreten.

2. Verschiedenheit anerkennen- Sozialarbeiter/innen sollten die ethnischen und kulturellen Unterschiede von Gesellschaften in denen sie arbeiten anerkennen und respektieren und die Unterschiede von Einzelnen, Gruppen und Gemeinschaften beachten.
3. Gerechte Verteilung der Mittel- Sozialarbeiter/innen sollten sicherstellen, dass die ihnen zur Verfügung stehenden Mittel gerecht- gemäß den Bedürfnissen verteilt werden.
4. Ungerechte Politische Entscheidungen und Praktiken zurückweisen- Sozialarbeiter/innen haben die Pflicht, ihre Arbeitgeber, Gesetzgeber, Politiker und die Allgemeinheit darauf aufmerksam zu machen, wo Mittel unzulänglich sind oder wo die Verteilung von Mitteln durch Verordnungen und Praxis unterdrückend, ungerecht oder schädlich ist.
5. Solidarisch arbeiten- Sozialarbeiter/innen haben die Pflicht, sozialen Bedingungen entgegen zu treten, die zu sozialem Ausschluss, Stigmatisierung oder Unterdrückung führen. Sie sollen auf eine einbeziehende Gesellschaft hinarbeiten.

5. Berufliches Verhalten

Die Mitgliedsverbände des IFSW und IASSW sind verpflichtet, ihre eigenen Ethik Kodizes und ethischen Richtlinien im Einklang mit der Stellungnahme von IFSW und IASSW weiterzuentwickeln, und auf den neuesten Stand zu bringen. Es ist auch Pflicht der Mitgliedsorganisationen die Sozialarbeiter/innen und die Schulen für soziale Arbeit über diese Kodizes und Richtlinien zu informieren.

Sozialarbeiter/innen sollten in Übereinstimmung mit dem in ihrem Land aktuell geltenden ethischen Kodex oder Richtlinien handeln. Diese werden im Allgemeinen detailliertere Anleitungen der ethischen Praxis abgestimmt auf den nationalen Kontext enthalten. Es gelten die folgenden allgemeinen Richtlinien für berufliches Handeln:

1. Es wird von Sozialarbeitern/innen erwartet, dass sie die erforderliche Fertigkeiten und Fähigkeiten, um ihre Arbeit ausüben zu können, weiterentwickeln und aufrechterhalten.
2. Sozialarbeiter/innen sollten nicht zulassen, dass ihre Fertigkeiten für inhumane Zwecke missbraucht werden, wie Folter und Terrorismus
3. Sozialarbeiter/innen sollten redlich handeln. Dies beinhaltet, keinen Missbrauch der Vertrauensbeziehung der Menschen, die ihre Dienste nutzen. Anerkennung der Grenzen zwischen privatem und beruflichem Leben, keine Ausnutzung der Stellung zu persönlichem Vorteil oder Gewinn.
4. Sozialarbeiter/innen sollten die Menschen, die die Dienste nutzen, mit Mitgefühl, Einfühlungsvermögen und Achtsamkeit behandeln.
5. Sozialarbeiter/innen sollten die Bedürfnisse und Interessen der Menschen, die die Dienste nutzen, nicht ihren eigenen Bedürfnissen und Interessen unterordnen.
6. Sozialarbeiter/innen haben die Pflicht, notwendige Schritte zu unternehmen, um am Arbeitsplatz und in der Gesellschaft beruflich und privat für sich selbst Sorge zutragen, um sicherzustellen, dass sie angemessene Dienstleistungen erbringen können.
7. Sozialarbeiter/innen sollten die Vertraulichkeit von Informationen der Menschen, die ihre Dienste nutzen, gewährleisten. Ausnahmen dürfen nur durch höhere ethische Erfordernisse gerechtfertigt sein. (wie etwa der Schutz des Lebens)
8. Sozialarbeiter/innen müssen anerkennen, dass sie den Nutzern der Dienste verantwortlich sind für ihr Handeln ebenso ihrem Anstellungsträger, der Berufsorganisation und dem Gesetz und dass diese Verantwortlichkeiten sich widersprechen können.
9. Sozialarbeiter/innen sollten bereit sein, mit den Ausbildungsstätten für soziale Arbeit zusammenzuarbeiten, um Studierende zu unterstützen damit sie ein qualitativ gutes Praxistraining und zeitnahes Praxiswissen

sen, bekommen.

10. Sozialarbeiter/innen sollten Debatten über Ethik pflegen und fördern sowohl mit ihren Kollegen, wie mit Ihren Anstellungsträgern. Sie sollen Verantwortung übernehmen für ethisch begründete Entscheidungen.

11. Sozialarbeiter/innen sollten bereit sein, die Gründe für ihre ethischen Überlegungen darzulegen, und Verantwortung übernehmen für ihre Entscheidungen und Handlungen.

12. Sozialarbeiter/innen sollten sich bemühen, bei ihren Anstellungsträgern und in ihrem Land solche Bedingungen zu schaffen, in denen diese Prinzipien and die ihres eigenen nationalen Kodex (soweit anwendbar) diskutiert ausgewertet und unterstützt werden.