

Evans N, Bausewein C, Menaca A et al. (2012) A critical review of advance directives in Germany: Attitudes, use and healthcare professionals' compliance. *Patient Education and Counseling* 87:277-288
Frewer A, Bruns F, May AT (2012) *Ethikberatung in der Medizin*. Berlin, Heidelberg: Springer
In der Schmitten J, Marckmann G (2016) Vorausschauende Behandlungsplanung. In: Marckmann G: *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: MWV, S. 53-66
Jox RJ (2013) *Sterben lassen: Über Entscheidungen am Ende des Lebens*. Reinbeck: rororo
Kamlah W (1976) *Meditatio mortis*. Stuttgart: Klett
Neitzke G et al. Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ AEM (2013): Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe. *Ethik Med* 25:349-365
Schaber P (2012) *Menschenwürde: Grundwissen Philosophie*. Ditzingen: Reclam
Schaber P (2016) *Selbstbestimmter Wille und das Recht auf assistierten Suizid*. *Ethik Med*, DOI 10.1007/s00481-016-0414-8

Schaller S, Erlemeier N (2014) *Epidemiologie*. In: Lindner R, Hery D, Schaller S et al. (Hrsg.) *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 21-33
Wedler H (2017) *Suizid kontrovers. Wahrnehmungen in Medizin und Gesellschaft*. Stuttgart: Kohlhammer
Wittwer H (2013) The problem of the possible rationality of suicide and the ethics of physician assisted suicide. *Intern J Law and Psychiat* 36: 419-426

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Dorothee Dörr, M.A.
Universitätsmedizin Mannheim
GB Ärztliche Direktion / ZKE
Klinische Ethikberatung
Theodor-Kutzer-Ufer 1-3
68167 Mannheim
E-Mail: dorothee.doerr@umm.de

Architektonische Lösungen zur suizidpräventiven Unterstützung älter Menschen

Nadine Glasow

Zusammenfassung

Die Ansätze der baulichen Suizidprävention lassen sich nicht ohne weiteres in Einrichtungen zur Versorgung älterer Menschen übertragen. Es ist eine intensive Auseinandersetzung mit oft widersprüchlichen Anforderungen zwischen Suizidprävention und Barrierefreiheit, Pflegeanforderungen, Sturzprävention oder Demenzsensibilität erforderlich. Die Entwicklung ganzheitlicher Architekturkonzepte kann nur unter Einbezug der Nutzer gelingen.

Schlüsselwörter: Architektur, Suizidprävention, Barrierefreiheit, Demenzsensibilität, Pflegeanforderungen

Providing suicide preventing architecture for the elderly

Summary

Concepts of suicide preventing architecture cannot be transferred into facilities for elderly people without any adaptations. There is a necessity for dealing with contradictory requirements between suicide prevention, barrier free planning, nursing procedures, fall prevention and dementia sensitive architecture. For developing integral architectures we need to integrate user knowledge.

Keywords: architecture, suicide prevention, barrier free planning, dementia sensibility, nursing procedures

Alte Menschen zählen zu einer der Hochrisikogruppen für suizidale Handlungen (4). Angebote zur Suizidprävention für diese Altersgruppe sind von besonderer Bedeutung. In welchen Institutionen und Wohnformen jedoch auch bauliche Ansätze der Suizidprävention verfolgt werden müssen, ist kaum allgemeingültig zu beantworten. Es mangelt an epidemiologischen Daten zu Suiziden in Pflegeheimen, im betreuten Wohnen oder auch auf geriatrischen Stationen. Selbst in der stationären psychiatrischen Versorgung, in der grundsätzlich bauliche Maßnahmen zur Suizidprävention angezeigt sind, müssen für spezielle Nutzergruppen, beispielsweise dementiell Erkrankte, die architektonischen Schwerpunkte anders gesetzt werden.

Der Planer bewegt sich stets im Spannungsfeld zwischen Anforderungen der Barrierefreiheit, der Therapeutischen Umwelt, der Demenzsensibilität und Suizidprävention. Hinzu kommen spezifische Kriterien, die sich aus Pflegeabläufen oder Ansätzen der Sturzprävention ableiten. Nicht selten ergeben sich daraus schwer aufzulösende Widersprüche. Allein auf Grundlage einer intensiven Auseinandersetzung mit den Nutzern, deren Bedürfnissen und Arbeitsweisen können tragfähige Entscheidungen herbeigeführt werden. Die grundsätzliche

Forderung nach Flexibilität in der Nutzung von Gebäuden entbindet den Planer nicht von der Verantwortung, eine sichere und therapeutisch sinnvolle Gestaltung anzubieten, zumal planerische Fehlentscheidungen mit erheblichen Folgekosten verbunden sein können.

Bauliche Suizidprävention für betagte Nutzer

Implementiert man Suizidprävention in die Architektur, muss dies auf sehr behutsame Weise geschehen. Es lassen sich verschiedene Strategien verfolgen. Am besten wissenschaftlich belegt und auch am verbreitetsten ist die Methodenrestriktion. Aus zahlreichen Untersuchungen, beispielsweise von Brückensicherungen (5), der Entgiftung des Stadtgases in England (3) oder auch Veränderungen in den Waffengesetzen der Schweiz (6) ist bekannt, dass Methodensubstitutionseffekte gar nicht oder nur in geringem Ausmaß auftreten. Auf diese Weise kann durch Verhinderung des Zuganges zu einer Methode eine Senkung der Suizidrate erreicht werden. Der Schwerpunkt muss dabei immer auf der Vermeidung von räumlichen Situationen liegen, welche eine Aufforderung zu suizidalen Handlungen implizieren. Entscheidend für das Gelingen der Prävention bei der Umsetzung restriktiver Maßnahmen ist es, keinesfalls der therapeutischen Umwelt entgegenzuwirken oder gar Ausdruck institutioneller Gewalt zu sein.

Über die restriktiven Möglichkeiten hinaus ist eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten zur Schaffung eines antisuizidalen Milieus mit atmosphärischen Mitteln erforderlich. Einige Ansatzpunkte in diesem Zusammenhang sind für ältere Patienten von besonderer Bedeutung. Dazu zählt beispielsweise die Präsenz der Mitarbeiter. Eine räumliche Nähe des Dienstzimmers zu Aufenthaltsräumen entspricht dem erweiterten Sicherheits- und Kontaktbedürfnis der Patienten. Speziell auf Demenzstationen ist eine direkte Blickbeziehung zwischen diesen Räumen empfehlenswert. Im Sinne der Aktivierung und Selbständigkeit der Patienten sind auch intuitiv verständliche Beschilderungen erforderlich. Es ist zu beachten, dass sich zu hoch montierte Schilder der Wahrnehmung älterer Menschen entziehen können, da deren Blick häufig gesenkt ist. Empfehlenswert sind Montagehöhen zwischen 120 und 160 cm über dem Boden.

Bauliche Suizidprävention muss nicht zwingend mit hohen Kosten verbunden sein. Viele Anforderungen lassen sich kostenneutral realisieren. Bei der Auswahl der Möbelgriffe beispielsweise ist lediglich darauf zu achten, dass diese keine Befestigungsoption für Gurte bieten.

Anstatt der häufig verwendeten c-förmigen Bügel sind geschlossene Volumen oder Eingriffsmulden zu wählen. Bei der Nutzung durch ältere Patienten oder Bewohner muss darüber hinaus darauf geachtet werden, dass die Griffe auch bei eingeschränkter Feinmotorik gut genutzt werden können.

Widersprüche der Suizidprävention zu alters- und demenzgerechter Architektur

Bekannte suizidpräventive Architekturlösungen und auf dem Markt verfügbare Ausstattungselemente wurden in aller Regel für die Anwendung in der allgemeinen Psychiatrie entwickelt und können nicht immer uneingeschränkt in Institutionen zur Versorgung alter Menschen Anwendung finden. Aufgrund motorischer, visueller oder kognitiver Einschränkungen im Alter ergeben sich zusätzliche, oft der Suizidprävention widersprechende, Anforderungen. Diese auftretenden Widersprüche dürfen jedoch nicht zu einer Entweder-oder-Haltung führen. Der Anspruch muss sein, die Suizidprävention so umzusetzen, dass keine anderweitigen Nachteile wie Sturz- oder Verletzungsgefahren, Einschränkung der Pflegemöglichkeiten oder der Barrierefreiheit auftreten.

Eine barrierefreie Gestaltung ist nach DIN 18040-Teil 1 für alle öffentlich zugänglichen Gebäude gefordert. Für die Gruppe der betagten Nutzer ist dies von besonderer Bedeutung. Planer sehen sich jedoch bei der Umsetzung der Norm mit einer Reihe von Herausforderungen konfrontiert, da diese einige grundlegende Fragen unbeantwortet lässt. Es werden beispielsweise keine Angaben zur erforderlichen Anzahl rollstuhlgerechter Patienten- bzw. Bewohnerzimmer gemacht. Die DIN fordert eine gleichberechtigte und selbständige Nutzung der Räumlichkeiten, unabhängig von der Einschränkung – ohne zu erläutern, was darunter genau zu verstehen ist. Ob zum Beispiel auch Fenstergriffe im eigenen Zimmer von Menschen mit körperlichen Einschränkungen eigenständig bedient werden müssen, bleibt offen. Einrichtungen des Gesundheitswesens sind deshalb darauf angewiesen, eigene Analysen und Bedarfsplanungen als Entwurfsgrundlage aufzustellen.

Die Widersprüche der DIN 18040 zur Suizidprävention bestehen beispielsweise in den zahlreich geforderten Haltegriffen, welche stabile und leicht zu nutzende Befestigungspunkte für Strangulationsgurte darstellen. Gerade in der psychiatrischen Akutversorgung ist ein Abweichen von der DIN aus diesem Grund unumgänglich. Griffe in der Dusche oder am WC sind im Sinne der

Sicherheit und Nutzbarkeit trotz allem erforderlich. Entsprechend der Empfehlungen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (2) sollten dabei jedoch keine Befestigungspunkte für Strangulationsgurte oberhalb von 50 cm über dem Fertigfußboden entstehen. Denkbar wären also schlichte vertikale Haltestangen mit einer Abschrägung am oberen Montagepunkt und einem niedrigen unteren Befestigungspunkt. Strangulationen an diesen Griffen sind deutlich erschwert, können jedoch auch nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Für ausgewählte Akuträume muss daher von Fall zu Fall entschieden werden, ob der Gestaltungsschwerpunkt auf der Sturz- oder Suizidprävention liegen soll.

Einige Forderungen dieser DIN sind auch im Hinblick auf Pflegeabläufe und Nutzbarkeit durch Demenzzranke fragwürdig. Für Türklinken wird eine Montagehöhe von 85 cm gefordert. Diese niedrige Höhe ermöglicht eine eigenständige Bedienung durch Kleinwüchsige oder rollstuhlgebundene Personen mit Bewegungseinschränkungen der oberen Gliedmaßen. Diese Nutzergruppen sind jedoch verhältnismäßig klein. Die bauliche Umsetzung dieser Forderung hingegen birgt erhebliche Hindernisse für andere Nutzer. Die ungewohnt niedrige Montagehöhe führt zu Nutzungseinschränkungen bei Menschen mit Demenzen, die Türgriffe in üblichen Höhen suchen. Auch für die Mitarbeiter der Pflege, die beim Transport von Pflegemitteln oder Medikamenten Türen typischerweise mit dem Ellenbogen öffnen, ergibt sich eine Erschwernis im Ablauf. Es ist daher zu erwägen, die niedrigen Türklinken lediglich an rollstuhlge rechten Bädern und Patientenzimmern anzubieten.

Widersprüche zwischen pflegerechter und suizidpräventiver Gestaltung finden sich auch in der Badausstattung. Ein Beispiel dafür sind Sportkopfbrausen in den Patientenbädern. Diese konisch geformten Auslässe in Überkopfhöhe bieten keine Befestigungspunkte für Strangulationsgurte und entsprechen auch der Forderung nach einer möglichst normalen Gestaltung. Für Patientenzimmer, gerade im Bereich der Gerontopsychiatrie, sind sie trotz allem nicht uneingeschränkt zu empfehlen. Einerseits ist es den Mitarbeitern in diesen Duschen kaum möglich, Patienten bei der Körperpflege Hilfestellung zu leisten. Der eingeschränkte Nutzungskomfort wirkt sich darüber hinaus oft negativ auf die Patientenzufriedenheit aus. Zusätzlich zu den Brausen in Überkopfhöhe können hier Duschschläuche genutzt werden, die im Falle der Nutzung durch suizidgefährde-

te Patienten vorübergehend demontiert werden können.

Als Spritzschutz kommen in der psychiatrischen Versorgung regelmäßig Duschvorhangkonstruktionen mit Sollbruchstellen zum Einsatz. Die empfohlene Belastungsgrenze liegt bei 20 kg. (2) Bei der Nutzung der Bäder durch ältere respektive motorisch eingeschränkte Personen kann dies insofern nachteilig sein, als dass Duschvorhänge im Falle von Standunsicherheiten auch zum Festhalten genutzt werden. Geben diese Elemente bei Belastung nach, kann es zu Stürzen kommen. Herabfallende Konstruktionen können überdies zu Verletzungen führen. Trotz allem besteht für Hochrisikoräume wie die Bäder in der Psychiatrie nicht die Option, die suizidpräventiven Gestaltungsaspekte zu vernachlässigen. Nahezu alle Ausführungsvarianten sind mit größeren Nachteilen behaftet. Feste Einbauten beispielsweise schränken die Bewegungsräume (z.B. für Hilfestellungen) zu stark ein oder produzieren teure Zusatzflächen. Bislang bietet der Markt keine Produkte, die diese Widersprüche auflösen. Das wiederum führt dazu, dass Einrichtungen in der Akutversorgung teilweise auf jeglichen Spritzschutz verzichten.

Zusätzliche Anforderungen altersgerechter Architektur am Beispiel des Patientenbades

Am Beispiel des Nassraumes lässt sich gut verdeutlichen, wie komplex die Anforderungen einer altersgerechten und suizidpräventiven Gestaltung sind. Für die Gerontopsychiatrie muss die Ausstattung nicht nur stabil, leicht zu reinigen und ohne Befestigungsmöglichkeiten für Gurte sein. Von besonderer Relevanz sind auch ausreichende Bewegungsflächen, die nicht nur die Nutzung von Mobilitätshilfen, sondern auch Hilfestellungen durch ein oder zwei Mitarbeiter der Pflege ermöglichen. Entscheidend ist auch eine ausreichend kontrastreiche Gestaltung. Weiße Ausstattungselemente vor weiß gefliesten Wänden sind nicht nur aus atmosphärischen Gründen ungeeignet. Eine solch kontrastarme Gestaltung schränkt die eigenständige Nutzbarkeit, vor allem bei demenziell erkrankten Patienten, deutlich ein.

Fazit

Nicht alle Widersprüche in den Gestaltungsanforderungen lassen sich problemlos auflösen. Planer und Bauherren sind aufgefordert, in enger Zusammenarbeit solide Bedarfsplanungen respektive Aufgabenstellungen als Entwurfsgrundlage zu erarbeiten und die Schwer-

punkte der Gestaltung gemeinsam festzulegen. Nur so können ganzheitliche und zukunftsfähige Architekturkonzepte entstehen.

Literatur

- 1 DIN 18040-1:2010-10: Barrierefreies Bauen - Planungsgrundlagen - Teil 1: Öffentlich zugängliche Gebäude. Beuth Verlag
- 2 Glasow N, Reisch T, Mend HK (2016) AG Bauwerke und Umwelt. Methodenrestriktion und Atmosphäre. In: Glasow N, Hery D [Hrsg.] Das nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Regensburg: Roderer
- 3 Kreitman N (1976) The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960-71. In: Br J Prev Soc Med 30(2):86-93
- 4 Lindner R, Hery D, Schaller S et al. [Hrsg.] (2014) Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Berlin Heidelberg: Springer
- 5 Reisch T, Steffen T, Eggenberger N et al. (2014) Suizidprävention bei Brücken: Follow-Up. Forschungsbericht zum Forschungsauftrag AGB 2009/014 (Arbeitsgruppe Brückenforschung). Zürich: VSS
- 6 Reisch T, Steffen T, Habenstein A et al. (2013) Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 "Army XXI" reform. Am J Psychiatr 170(9):977-984

Korrespondenzadresse

Dr.-Ing. Nadine Glasow
universalraum – Institut für evidenzbasierte Architektur
im Gesundheitswesen GmbH
Hallwachsstraße 5
01069 Dresden
E-Mail: glasow@universalraum.de

Berichte

Der 7. Altenbericht der Bundesregierung (2016) – Bezüge zur Suizidprävention im Alter?

Norbert Erlemeier

2016 ist der *Siebte Bericht* (der Bundesregierung N. E.) zur *Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland* zum Schwerpunktthema: *Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukünftiger Gemeinschaften* erschienen. 348 Seiten (kurz: 7. Altenbericht).

Dem Verfasser dieses Beitrags war es ein Anliegen, den 7. Altenbericht mit seinem Schwerpunktthema mit Blick auf seine Bezüge zur Suizidprävention im Alter zu studieren. Das Ergebnis sei vorweggenommen: Explizit

fand sich kein solcher Bezug. Der Begriff „Depression und Suizid“ taucht einmal im Kontext einer Studie auf, in der es um den Zusammenhang zwischen sozialer Isolierung und Gesundheit geht (76). Von Krisenhilfe und Suizidprävention im Alter ist dagegen an keiner Stelle die Rede. Indirekt liefert der Bericht jedoch Bezüge, bei denen es allgemein um Daseinsvorsorge im kommunalen Sozialraum älterer Menschen geht, um die Koproduktion sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen und letztlich auch um aufsuchende und niederschwellige Kontakt- und Unterstützungsangebote für Ältere. Es sind Bezüge im Bericht, die – wenn sie politisch umgesetzt würden – auch der Suizidprävention im Alter zugutekommen können. Zu denken ist z. B. an das Problem der Erreichbarkeit isolierter älterer Menschen in anonymer Wohnumgebung, das bisher nur unzureichend gelöst wurde (s. Memorandum (2015) „Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen – Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter“).

Gesichtspunkte des Berichts, die hier relevant sein können, werden kurz referiert.

In der Politik für ältere Menschen zeichnet sich immer stärker eine Hinwendung zur lokalen Ebene, zum Sozialraum der Kommune ab. Die Lebensverhältnisse vor Ort rücken immer stärker in den Vordergrund. Soziale Vernetzung und Kooperation von Akteuren auf lokaler Ebene gewinnen an Bedeutung. Ein Schlüsselkonzept des Berichts ist die *Daseinsvorsorge*, die nach Ansicht der Verfasser „vor Ort“ geleistet werden muss. Ganz allgemein umfasst Daseinsvorsorge die öffentlichen Güter und Dienstleistungen, die dem Gemeinwohl und der Lebensentfaltung der Menschen dienen. Kommunale Daseinsvorsorge ist „die Grundlage für ein gutes Leben im Alter“ (43). Sie zielt auf die Förderung von „Selbstbestimmung, der Sicherstellung von Möglichkeiten zu gesellschaftlicher, kultureller, politischer Teilhabe – und dies unabhängig vom gegebenen Ausmaß bestehender Einschränkungen und Verluste auf Seiten des Individuums“ (Hervorhebung N. E.) (21). Zum Leitbild einer Kommune gehört die Nähe zu ihren Bürgern, d. h. zu ihrer Lebenswelt mit Wohnqualität, Wohnumfeld, Lage, Anbindung an Verkehrs- und Versorgungsnetze, Dienstleistungen und Partizipationsmöglichkeiten, die auf den Bedarf und die Bedürfnisse älterer Bürger Rücksicht nehmen. Von besonderer Bedeutung sind lokale Strukturen für die Entwicklung einer Sorgeskultur, in der nicht nur Familien, sondern auch Nachbarn, Freunde, Bekannte und freiwillig engagierte Personen eine unterstützende Rolle spielen. Es geht dabei auch um die Ver-