

XXIII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Philosophie
28. September - 2. Oktober 2014, Münster

Sektion *Medizinethik*

Ist ein gutes Leben für Menschen mit Alzheimer-Demenz möglich?

Für eine subjektive Theorie des guten Lebens

Martina Schmidhuber

Münstersches Informations- und Archivsystem multimedialer Inhalte (MIAMI)
URN: urn:nbn:de:hbz:6-12319660901

Ist ein gutes Leben für Menschen mit Alzheimer-Demenz möglich?

Für eine subjektive Theorie des guten Lebens¹

Sektion Medizinethik, am 30.09.2014

Subjektive versus objektive Theorien des guten Lebens

In der Philosophie herrscht ein reger Diskurs über das gute Leben, in welchem zwischen objektiven und subjektiven Theorien des guten Lebens unterschieden wird.² Die hinter dem Diskurs stehende Frage lautet: Kann es objektive Kriterien für ein gutes Leben geben oder ist dies so individuell, dass ein Leben nur subjektiv als gut empfunden werden kann? Subjektive Theorien gehen davon aus, dass etwas für eine Person nur dann gut sein kann, wenn sie es selbst für gut hält. Ein gutes Leben zu führen, bedeutet in dieser Sicht, „ein Leben zu führen, das einem gibt, was man vom Leben will.“³

Objektiven Theorien des guten Lebens zufolge können hingegen Dinge auch dann für Personen gut sein, wenn diese von der betroffenen Person nicht für gut gehalten werden. Objektive Theorien haben nach Peter Schaber den Vorteil, dass sie auch dann richtig sind, wenn eine Person falsche evaluative Überzeugungen hat, die ihr Leben betreffen.⁴ „Man kann einer objektiven Theorie zufolge das falsche Leben führen. [...] Menschen können sich über das, was gut für sie ist, irren, weil sie dem nicht Rechnung tragen können, was sie selbst sind und sein können.“⁵ Die Frage nach dem guten Leben „ist nämlich nicht die Frage danach, was wir für gut halten (das wissen wir), sondern die Frage, was wir für gut halten sollen.“⁶ Angesichts dieser Überlegungen drängen sich Fragen des Paternalismus auf: Wer kann entscheiden, ob eine andere Person ein gutes Leben führt und unter welchen Bedingungen soll dies überhaupt möglich sein?

Im Folgenden möchte ich zunächst Einwände gegen objektive Theorien des guten Lebens vorbringen. In einem zweiten Schritt werde ich die Frage des guten Lebens auf Menschen mit Demenz anwenden und zeigen, dass auch in diesem Fall, nicht nur bei gesunden Menschen,

¹ Der vorliegende Beitrag basiert auf dem Vortrag mit demselben Titel in der Sektion Medizinethik am 30.09.2014 beim XXIII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Philosophie 2014 in Münster.

² Vgl. z.B. Schaber, P., Eine objektive Theorie des guten Lebens, in: M. Hoesch/S. Muders/M. Rüther (Hg.), Glück – Werte – Sinn. Metaethische, ethische und theologische Zugänge zur Frage nach dem guten Leben, Berlin 2013, 73-88; Steinfath, H., Werte und Glück. Dimensionen der Frage nach dem guten Leben, in: M. Hoesch/S. Muders/M. Rüther (Hg.), Glück – Werte – Sinn. Metaethische, ethische und theologische Zugänge zur Frage nach dem guten Leben, Berlin 2013, 13-33.

³ Steinfath, Werte und Glück, 25.

⁴ Vgl. Schaber, Eine objektive Theorie des guten Lebens, 78.

⁵ Ebd., 88.

⁶ Ebd.

der Paternalismus-Vorwurf zumindest nicht unberechtigt ist. Mit konkreten Fallbeispielen möchte ich anschließend belegen, dass Menschen mit Demenz ein subjektiv gutes Leben führen können.

Einwände gegen objektive Theorien des guten Lebens

Gegen objektive Theorien ist einzuwenden, dass eine objektiv betrachtete falsche Entscheidung einer Person für sie zu diesem aktuellen Zeitpunkt in ihrem Leben die richtige Entscheidung sein kann. Menschen halten ihre früher getroffenen Entscheidungen rückblickend immer wieder für falsch, aber lernen gerade daraus für ihre weiteren Entscheidungen. Eine objektive Theorie ist auch dann nicht zielführend, wenn eine Person aufgrund einer Depression ihr Leben für alles andere als gut hält. Aus objektiver Sicht hat die Person vielleicht gar keinen Grund depressiv zu sein, wenn sie aus der Außenperspektive ein gutes Leben führt bzw. alles hat, was man dazu braucht. Dennoch ist das subjektive Gefühl des Depressiven das, was für sein Leben wesentlich ist. Insofern stellt sich die Frage, was mit einer objektiven Theorie des guten Lebens erreicht werden soll, denn der Person, die nicht das Gefühl hat, ein gutes Leben zu führen, hilft diese Zugangsweise wenig. Aber auch umgekehrt kann eine Person etwas für gut halten, das andere nicht nachvollziehen können. So berichtet die Medizinethik-Professorin, Bettina Schöne-Seifert, von dem Unverständnis mit dem ihr viele Menschen begegnet sind, als sie neben ihrem herausfordernden Beruf mehr als zwei Kinder wollte:

„Und beides zusammen zu haben [Anm.: Kinder und Beruf] kann für mich die Erde manchmal zum Paradies werden lassen. Die Verblüffung und Verständnislosigkeit, mit der viele Kollegen und Freunde meinen Wünschen nach einem dritten und vierten Kind begegneten, als wir doch endlich mit den beiden ersten ‚aus dem Gröbsten heraus‘ zu sein schienen, zeigten mir allerdings, wie hochgradig subjektiv diese Sicht sein muss.“⁷

Es gibt allerdings auch Theorien, die auf objektiven Kriterien basieren, aber auch Raum für Subjektivität geben. Eine der wohl prominentesten dieser Spielarten ist jene der US-amerikanischen Philosophin Martha Nussbaum. Sie hat im Sinne einer objektiven Theorie des guten Lebens eine Liste von Fähigkeiten (Capabilities) zusammengestellt: (1) Leben; (2) körperliche Gesundheit; (3) körperliche Integrität; (4) Sinne, Vorstellungskraft und Denken; (5) Gefühle; (6) Praktische Vernunft; (7) Zugehörigkeit; (8) andere Spezies; (9) Spiel; (10) Kontrolle über die eigene Umwelt.⁸ Diese Liste wurde vielfach kritisiert, wobei diesbe-

⁷ Schöne-Seifert, B., Professorin mit vier Kindern – wie denn das? Bekenntnisse einer angestrengten Optimistin, in: N. Biller-Andorno et al. (Hg.), Karriere und Kind. Erfahrungsberichte von Wissenschaftlerinnen, Frankfurt/Main 2005, 281-286, 284f.

⁸ Nussbaum, M., Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit, Berlin 2010, 103-119.

züglich zu berücksichtigen ist, dass Nussbaum die Liste als Vorgabe an den Staat verstanden wissen will und nicht als Vorgabe an das Individuum, das diese Liste „abarbeiten“ muss, um ein gutes Leben zu führen. Nussbaum möchte ihre Liste als starke, vage Konzeption verstanden wissen. Stark in dem Sinne, dass sie „die menschlichen Ziele in allen menschlichen Lebensbereichen ins Auge fasst“.⁹ Der Anspruch ist also, dass die Gemeinsamkeiten aller Menschen berücksichtigt werden.¹⁰ Das Vage an der Liste ist, dass sie kulturelle und individuelle Spezifikationen zulässt, weil sie sehr allgemein formuliert ist.¹¹ Obwohl mit den einzelnen Komponenten der Liste allgemeine Ziele genannt werden, die für Menschen aufgrund ihres Menschseins erstrebenswert scheinen, bleibt genug Raum für Individuelles. Es werden in der Liste notwendige Bedingungen und Ressourcen genannt, die allen Menschen als Basis für ein gutes Leben dienen, aber zugleich geht es darum, „Sphären der Freiheit zu schützen, in deren Rahmen Menschen mit unterschiedlichen Lebensanschauungen nach eigenem Gutdünken ihr Wohl anstreben können“.¹² Aufgrund dieser Überlegungen kann Nussbaums Konzept als subjektive Theorie des guten Lebens gelesen werden, für welche eine allgemein gehaltene Grundlage notwendig ist, auf der subjektive Lebensqualität erst möglich wird. Das einzelne Individuum muss die Fähigkeiten nicht in Tätigkeiten umsetzen, soll aber die Möglichkeit dazu haben.¹³ Die Wahlfreiheit spielt eine wesentliche Rolle in Nussbaums Konzeption. So sollen alle Menschen die Möglichkeit zur politischen Partizipation haben, müssen davon aber nicht Gebrauch machen. Jeder Mensch soll genug zu essen haben, kann aber fasten, wenn er möchte. Nussbaum will für Modifikationen und Revisionen offen sein¹⁴ und spezifiziert ihre Liste auch selbst im Hinblick auf Menschen mit besonderen Bedürfnissen. Mit Nussbaum kann konstatiert werden, dass gewisse äußere Gegebenheiten (genug zu essen, soziale Kontakte, etc.) vorhanden sein müssen, um überhaupt ein subjektiv gutes Leben führen zu können.¹⁵

Menschen mit Demenz und Paternalismus

Es wurde bisher argumentiert, dass rein objektive Theorien des guten Lebens zurückzuweisen sind, weil gerade die Subjektivität eine bedeutende Rolle im Leben von Menschen spielt. Diese Überlegungen wurden bisher auf gesunde, erwachsene Menschen bezogen, die rational

⁹ Nussbaum, M., Der aristotelische Sozialdemokratismus, in: dies., Gerechtigkeit oder Das gute Leben, herausgegeben von Herlinde Pauer-Studer, Frankfurt/Main 1999, 24-85, 46.

¹⁰ Nussbaum, M., Menschliche Fähigkeiten, weibliche Menschen, in: Gerechtigkeit oder das gute Leben, herausgegeben von Herlinde Pauer-Studer, Frankfurt/Main 1999, 176-226, 178f.

¹¹ Nussbaum, Der aristotelische Sozialdemokratismus, 46.

¹² Nussbaum, M., Einleitung: Ein Begriff des Feminismus, in: dies., Konstruktion der Liebe, des Begehrns und der Fürsorge, Stuttgart 2002, 7-13, 9.

¹³ Nussbaum, Die Grenzen der Gerechtigkeit, 116f.

¹⁴ Vgl. ebd., 115.

¹⁵ Vgl. auch Steinfath, Werte und Glück, 21.

Entscheidungen über ihr Leben treffen. Abgesehen davon, dass die permanente, rationale Abwägung und Reflexion auch bei gesunden Menschen in Frage zu stellen ist, gilt zu prüfen, wie es sich mit dem guten Leben bei Menschen verhält, die nicht gesund sind und weder evaluative Überlegungen noch rationalen Entscheidungen treffen können.

Bezugnehmend auf Menschen mit Demenz drängt sich die Frage auf, ob hierbei eine subjektive oder eine objektive Theorie des guten Lebens angemessen ist. Für eine objektive Theorie spricht, dass die kognitiven Fähigkeiten von Menschen mit Demenz im Verlauf der Erkrankung abnehmen und sie aufgrund des Krankheitsbildes selbst stetig immer weniger rational beurteilen können, ob sie ihr Leben für gut halten. Deshalb müssen kognitiv gesunde Menschen – üblicherweise die pflegenden Angehörigen und/oder die professionell Pflegenden – entscheiden, was für den Demenzbetroffenen gut ist. Am Anfang der Alzheimer-Demenz, vor allem bevor die Diagnose überhaupt gestellt wurde, besteht hingegen das Risiko, den Betroffenen zu überfordern, ihm mehr zuzutrauen, als er bewältigen kann.¹⁶ Sind die Symptome aber als Krankheit diagnostiziert, stellt sich meistens auch krankheitsgerechtes Verhalten des sozialen Umfelds ein. Dann besteht allerdings die Gefahr, den Betroffenen zu infantilisieren und zu paternalisieren. Dieses Spannungsfeld zwischen Förderung der Autonomie und Paternalismus auszuhalten und sich so darin zu bewegen, dass man dem Menschen mit Demenz und einem für ihn möglichen guten Leben gerecht wird, ist eine große Herausforderung in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz.

Wenn Menschen aufgrund ihrer Demenzerkrankung zunehmend ihre Entscheidungskompetenz verlieren und immer mehr von anderen abhängig werden, neigen gesunde Menschen dazu, in ihr Leben einzutragen. Ziel dabei ist meistens, dieser Person „Gutes zu tun oder Schaden von ihr abzuwenden“¹⁷. Menschen tendieren folglich dazu, paternalistisch in das Leben anderer einzutragen, „wenn sie glauben, dass es einer Person möglicherweise nicht gelingt zu wählen und anzustreben, was für sie gut ist“¹⁸. Aber gerade im Fall von Menschen mit Demenz kann sich auch die eingreifende Person nicht sicher sein, dass es ihr gelingt, dem Betroffenen Gutes zu tun. Denn sie misst das Gute freilich wieder an ihren eigenen Maßstäben.¹⁹

¹⁶ Vgl. dazu Kruse, A., Lebensqualität demenzkranker Menschen, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 51, 2005/1, 41- 57, 45: „Der Hilfsbedarf von Patienten mit leichter Demenz wird oftmals erheblich unterschätzt. Bereits Patienten mit einer leichten Demenz sind bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens vielfach auf Hilfe angewiesen. Viele Patienten mit leichter Demenz benötigen zum Beispiel Hilfe beim Verlassen der Wohnung oder bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.“

¹⁷ Schramme, T., Paternalismus, Zwang und Manipulation in der Psychiatrie, in: J.S. Ach (Hg.), Grenzen der Selbstbestimmung in der Medizin, Münster 2013, 263-281, 266.

¹⁸ Ebd., 264.

¹⁹ Vgl. ebd., 266: „Wohlfahrt, Wohlergehen und das gute Leben scheinen subjektive Vorstellungen zu sein, insoweit wir uns zur Bestimmung ihres Gehalts auf einen subjektiven Blickwinkel verlassen.“

Menschen mit Demenz dürfen vor allem nicht vorschnell als inkompetent in Bezug auf jede Entscheidung eingeschätzt werden. Insbesondere in Bezug auf ihr gutes Leben zeigen sie – auch noch in späteren Stadien – zumeist deutlich, was sie als gut oder nicht gut empfinden. Das hat aber viel mit Kleinigkeiten zu tun, denen gesunde Menschen in ihrem Alltag wenig Bedeutung schenken. Konkrete Fallbeispiele aus Literatur und Praxis sollen dies verdeutlichen.

Für eine subjektive Theorie des guten Lebens

Für die subjektive Theorie spricht, dass Menschen mit Demenz ihr Leben zwar nicht mehr rational beurteilen können, aber mittels Mimik, Gestik und Emotionen Lebensfreude ausdrücken können. Wenn sie ihr Leben trotz Demenz für gut halten, wird dies auch für andere sichtbar werden.²⁰ Der subjektiven Lebensqualität trägt das Konzept HILDE (Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker) Rechnung.²¹ Anknüpfend an die von Lawton²² vorgelegte Definition von Lebensqualität haben es sich Heidelberger Forschende zur Aufgabe gemacht, ein umfassendes Instrument zur Erfassung von Lebensqualität Demenzbetroffener zu erstellen. Lawton geht von vier Dimensionen von Lebensqualität demenzkranker Menschen aus: (1) dem subjektiven Wohlbefinden (emotionale Befindlichkeit), (2) der erlebten Lebensqualität (subjektive Bewertung der verschiedenen Lebensbedingungen), (3) der objektiv gegebenen sozialen und räumlichen Umwelt, (4) der Verhaltenskompetenz. Um wirklich das Befinden Demenzbetroffener erfassen zu können, hat das Heidelberger Forscherteam einerseits Interviews mit den Demenzbetroffenen in einem Heim und mit deren Bezugspersonen geführt und andererseits die Bewohner in festgelegten Situationen, wie z.B. während Mahlzeiten beobachtet. Bei der Beobachtung spielte v.a. die Mimik eine wesentliche Rolle, da sich Demenzbetroffene ab einem gewissen Zeitpunkt der Erkrankung meist nicht mehr sprachlich angemessen äußern können. Dabei wurde auf der Grundlage spezifischer Handlungseinheiten auf spezifische Emotionen geschlossen. Die Beurteilung erfolgte durch jene Personen, die den Patienten schon seit mehreren Jahren kennen. Die Untersuchung zeigte, dass Freude vor allem durch Zuwendung und persönliche Ansprache hervorgerufen wird. Daraus ist zu schließen, dass auch non-verbale Kommunikation mit Demenzbetroffenen ganz wesentlich ist, um ihre Lebensqualität zu erhöhen. Auch wurde deutlich, dass es bei den Pati-

²⁰ Vgl. Kruse, Lebensqualität demenzkranker Menschen, 41- 57.

²¹ Vgl. zum Folgenden ebd., 48-56 und <http://www.gero.uni-heidelberg.de/forschung/hilde.html> (Zugriff am 24.06.2014)

²² Vgl. Lawton, M. P., The physical environment of the person with Alzheimer's disease. Ageing & Mental Health, 5 (1), 2001, 56-64.

enten Wohlbefinden hervorrief, wenn sie den von ihnen gewünschten und bevorzugten Tätigkeiten nachgehen durften. Einschränkend muss hier allerdings erwähnt werden, dass die Mimik und Gestik der Menschen mit Demenz von dritten interpretiert werden muss und somit auch ein Urteil von außen einfließt.

Demenzbetroffene leben sehr stark im Moment, im Augenblick. Im Gegensatz zu geistig gesunden Menschen, die ihr Leben planen und sowohl kurz- als auch längerfristig selbst bestimmen wollen, können Demenzbetroffene den Augenblick scheinbar genießen, ohne an ihre Zukunft oder Vergangenheit zu denken. In literarischen Beispielen wird das besonders deutlich.²³ So etwa in Lisa Genovas Roman *Mein Leben ohne Gestern*, in welchem das Leben und der Krankheitsverlauf einer Frau namens Alice beschrieben wird, bei welcher die frühe Alzheimer-Krankheit mit 50 Jahren diagnostiziert wird. Sie war noch bis vor einem Jahr Psychologie-Professorin in Harvard, musste ihren Beruf aufgrund des Nachlassens ihrer kognitiven Fähigkeiten aufgeben und kann sich nur schwach an ihre Zeit als Professorin erinnern. Eines Tages sitzt sie mit ihrem Mann am Ufer eines Flusses, und Alice genießt ein Eis in der Sonne. Plötzlich hat sie das Gefühl, das Gebäude, das sie sieht, habe etwas Vertrautes und fragt deshalb ihren Mann danach. Er erklärt ihr, dass es sich um einen Teil von Harvard handle und versucht ihr im Gespräch ins Gedächtnis zu rufen, wo in diesem Gebäude sie selbst gearbeitet hat. Aber sie kann sich nicht erinnern und möchte das Gespräch mit ihrem Mann beenden: „[...] Du weißt doch, ich gehe nicht mehr dorthin. [...] Dann spielt es doch keine Rolle, wo es ist, oder? Warum konzentrieren wir uns nicht auf die Dinge, die wirklich wichtig sind?“²⁴ Wertigkeiten verschieben sich, Gefühle werden anders und/oder intensiver erlebt, wie eine weitere Textpassage aus *Mein Leben ohne Gestern* zeigt, in der Alice – noch im früheren Stadium ihrer Demenzerkrankung – im Meer schwimmt:

„Sie sah über das dunkle Wasser hinaus. Ihr Körper, kräftig und gesund, hielt sie Wasser tretend an der Oberfläche, kämpfte mit jedem Instinkt um ihr Leben. Na schön, sie konnte sich nicht erinnern, heute Abend mit John gegessen zu haben oder was er gesagt hatte, wohin er noch wollte. Und es konnte gut sein, dass sie sich morgen früh nicht mehr an diese Nacht erinnern würde, aber in diesem Augenblick fühlte sie sich nicht verzweifelt. Sie fühlte sich lebendig und glücklich.“²⁵

Ein prominentes Beispiel für einen Menschen mit Alzheimer-Demenz, ist jenes des im April 2013 verstorbenen Walter Jens. Als Intellektueller und Mann der Bücher hat sich sein Leben

²³ Ich greife auf dieses literarische Beispiel zu, weil ich wie andere davon überzeugt bin, dass Literatur einen besonders feinfühligen Zugang zur Wirklichkeit eröffnet und dies insbesondere für Demenz zutrifft. Ähnlich z.B. auch Wetzstein V., Demenz als Ende der Personalität? Plädoyer für eine Ethik der Relationalität, in: S. Schicktanz/M. Schweda (Hg.), Pro-Age oder Anti-Aging? Altern im Fokus der modernen Medizin, Frankfurt/Main 2012, 179-195, 190f.

²⁴ Genova, L., *Mein Leben ohne Gestern*, Köln 2009, 292.

²⁵ Ebd., 162.

aufgrund der Erkrankung stark verändert, die Verschiebung der Werte wird auch hier deutlich. Als Rhetorik-Professor in Tübingen war er als eloquenter Redner bekannt, der sich zu Themen wie Sterbehilfe öffentlich geäußert hat. Sein Plädoyer galt der aktiven Sterbehilfe.²⁶ Vor einigen Jahren ist Jens an Alzheimer-Demenz erkrankt, zögerte später aber, wie sein Sohn, Tilman Jens, schreibt, „den eigenen Thesen über menschenwürdiges Sterben zu folgen“.²⁷ In seinen Aussagen schwankte er. Einerseits sagte er zu seiner Familie: „Ihr Lieben, es reicht. Mein Leben war lang und erfüllt. Aber jetzt will ich gehen.“²⁸ Andererseits bekundete er immer wieder, dass es doch auch schön sei, so wie es ist.²⁹ Jens musste betreut werden, hatte lesen und schreiben verlernt und beschäftigte sich, anstatt mit Büchern, am liebsten mit Tieren am Bauernhof. Er musste wieder lesen lernen wie ein kleines Kind und erfreute sich an Orangenlimonade und Kuchen.³⁰ Tilman Jens schreibt: „Ich möchte weinen. Er aber fühlt sich wohl.“³¹ Walter Jens konnte sich kaum mehr an seine Vergangenheit erinnern und hatte keine Zukunftspläne mehr, aber er genoss ganz augenscheinlich den Moment als ein veränderter Walter Jens, als ein Walter Jens, so wie man ihn vor seiner Erkrankung nicht kannte.

Wie der kleine Ausschnitt an Fallbeispielen zeigt, können Menschen mit Demenz das, was kognitiv gesunde Menschen verlernt haben: Ganz im Augenblick leben, Gefühle zulassen, nicht an gestern und nicht an morgen denken. Folglich gibt es gute Gründe, bei Menschen mit Alzheimer-Demenz eine subjektive Theorie des guten Lebens anzuwenden.

Der Tatsache, dass das, was eine demente Person im Moment als gut empfindet, sehr subjektiv sein kann, trägt das Konzept der Validation Rechnung. In der Praxis arbeiten Betreuende und Pflegende häufig mit dem von Naomi Feil begründeten Konzept.³² Es geht dabei darum, die Erfahrung des anderen zu würdigen, d.h. „die Realität und Macht dieser Erfahrung und damit ihre ‚subjektive Wirklichkeit‘ zu akzeptieren. Der Kern der Dinge liegt im Anerkennen der Emotionen und Gefühle einer Person und im Antworten auf der Gefühlebene.“³³ Es wird dabei versucht, die Person in ihrem subjektiven Empfinden zu verstehen, auch wenn es wenig rational zu sein scheint. Dieser Weg scheint um einiges menschlicher zu sein, als objektive, rationale Kriterien anzulegen.

²⁶ Vgl. Jens, W./Küng, H., Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. Mit Beiträgen von Dietrich Niethammer und Albin Esser, München 1995.

²⁷ Jens, T., Demenz. Abschied von meinem Vater, Gütersloh 2009, 130.

²⁸ Ebd., 132

²⁹ Vgl. ebd., 133.

³⁰ Vgl., ebd., 141.

³¹ Ebd., 142.

³² Vgl. Feil, N., Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen, München 2005.

³³ Kitwood, T., Demenz. Ein person-zentrierter Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Bern 2000, 135.

Literatur:

- Feil, N., Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen, München 2005.
- Genova, L., Mein Leben ohne Gestern, Köln 2009.
- Jens, T., Demenz. Abschied von meinem Vater, Gütersloh 2009.
- Jens, W./Küng, H., Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. Mit Beiträgen von Dietrich Niethammer und Albin Esser, München 1995.
- Kitwood, T., Demenz. Ein person-zentrierter Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Bern 2000.
- Kruse, A., Lebensqualität demenzkranker Menschen, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 51, 2005/1, 41- 57.
- Lawton, M. P., The physical environment of the person with Alzheimer's disease. Ageing & Mental Health, 5 (1), 2001, 56-64.
- Nussbaum, M., Der aristotelische Sozialdemokratismus, in: dies., Gerechtigkeit oder Das gute Leben, herausgegeben von Herlinde Pauer-Studer, Frankfurt/Main 1999, 24-85.
- Nussbaum, M., Menschliche Fähigkeiten, weibliche Menschen, in: Gerechtigkeit oder das gute Leben, herausgegeben von Herlinde Pauer-Studer, Frankfurt/Main 1999, 176-226.
- Nussbaum, M., Einleitung: Ein Begriff des Feminismus, in: dies., Konstruktion der Liebe, des Begehrrens und der Fürsorge, Stuttgart 2002, 7-13.
- Nussbaum, M., Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit, Berlin 2010.
- Schaber, P., Eine objektive Theorie des guten Lebens, in: M. Hoesch/S. Muders/M. Rüther (Hg.), Glück – Werte – Sinn. Metaethische, ethische und theologische Zugänge zur Frage nach dem guten Leben, Berlin 2013, 73-88.
- Schöne-Seifert, B., Professorin mit vier Kindern – wie denn das? Bekenntnisse einer angestrengten Optimistin, in: N. Biller-Andorno et al. (Hg.), Karriere und Kind. Erfahrungsberichte von Wissenschaftlerinnen, Frankfurt/Main 2005, 281-286.
- Schramme, T., Paternalismus, Zwang und Manipulation in der Psychiatrie, in: J.S. Ach (Hg.), Grenzen der Selbstbestimmung in der Medizin, Münster 2013, 263-281.
- Steinfath, H., Werte und Glück. Dimensionen der Frage nach dem guten Leben, in: M. Hoesch/S. Muders/M. Rüther (Hg.), Glück – Werte – Sinn. Metaethische, ethische und theologische Zugänge zur Frage nach dem guten Leben, Berlin 2013, 13-33.
- Wetzstein V., Demenz als Ende der Personalität? Plädoyer für eine Ethik der Relationalität, in: S. Schicktanz/M. Schweda (Hg.), Pro-Age oder Anti-Aging? Altern im Fokus der modernen Medizin, Frankfurt/Main 2012, 179-195.

<http://www.gero.uni-heidelberg.de/forschung/hilde.html> (Zugriff am 24.06.2014)