

2016

FAW  
**Forum**

Lebensqualität für Menschen  
mit Demenz am Lebensende



**FAW**  
Forum

FAW gGmbH, Gesellschaft zur  
Förderung altersgerechten Wohnens  
(Hrsg.)

FAW-Forum \_\_\_\_\_ 17.02.2016



Dokumentation FAW Forum 2016  
„Lebensqualität für Menschen mit Demenz am Lebensende“

1. Auflage 2020  
FAWverlag, Bülowstraße 71-72, 10783 Berlin  
E-Mail: [info@faw-demenz-wg.de](mailto:info@faw-demenz-wg.de)  
Telefon: 030 4404-4308  
Fax: 030 4404-7013

## INHALT

Begrüßung  
3

---

Dr. phil. Günter Meyer  
Sterbebegleitung bei Menschen mit Demenz.  
Ein historischer Blick.  
10

Prof. Dr. med. Asmus Finzen  
Die letzte Lebenszeit medizinisch  
gut begleiten.  
12

---

Sabine Sack und Gabriele Lang  
Gute Pflege und Betreuung  
am Lebensende.  
22

Religiöse und ethische Sichtweisen  
zu Fragen am Lebensende. Dialogforum  
mit christlich, jüdisch, muslimisch und  
buddhistischen Vertreterinnen und  
Vertretern.  
43

---

Schlusswort  
48

## Begrüßung Dr. phil. Günter Meyer

„Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich möchte Sie herzlich willkommen heißen, hier in der Evang. Luthergemeinde, bei der heutigen Tagung „Lebensqualität für Menschen mit Demenz am Lebensende“.



Dr. phil. Günter Meyer

Es ist die erste Veranstaltung dieser Art, die der FAW, der „Verein zur Förderung altersgerechten Wohnens“, initiiert hat. Es soll eine Veranstaltungsreihe werden. Dazu will der Verein zukünftig einmal im Jahr rund um das Thema Demenz und Versorgung in altersgerechten Wohngemeinschaften, besondere Themen ansprechen und diese im Verlauf einer Tagung bearbeiten. Wir starten diese Reihe heute mit dem Thema „Sterbebegleitung“. Als Moderator für den Tag haben wir Professor Dr. Reinhold Roski gewinnen können, der uns den ganzen Tag über begleiten wird. Viele kennen Herrn Roski durch das Deutsche Pflege Forum in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Er hat eine Professur an der Hochschule für Wirtschaft und Technik Berlin und ist ein ausgewiesener Kenner im Bereich Kommunikation, speziell auch Gesundheitskommunikation, Versorgungsmanagement und Versorgungsforschung. Er ist Herausgeber der Fachzeitschriften „Monitor Versorgungsforschung“ und „Monitor Pflege“. Ich bin sehr dankbar, dass wir dich heute gewinnen konnten, lieber Reinhold, und möchte dich nun nach vorn bitten, um den Tag einzuleiten und zu moderieren. Vielen Dank!“

## Prof. Dr. Reinhold Roski

„Vielen Dank lieber Günter. Ich freue mich sehr, dass ich heute hier sein kann und ich freue mich auf den Verlauf des Tages. Die erwähnte Zeitschrift „Monitor Pflege“ liegt vorne aus und, wer eine mitnehmen möchte, kann dies gerne tun. Man findet sie auch im Internet unter: [www.monitor-pflege.de](http://www.monitor-pflege.de). Diese Zeitschrift soll dazu dienen, Herr Meyer hat das vorhin gesagt, dass wir der Pflege im Gesundheitssystem eine stärkere Stimme geben und Versorgungs-Studien und Untersuchungen veröffentlichen - Evidenz, auf deren Grundlage in unserem Gesundheitswesen die wichtigen Entscheidungen getroffen werden.

Der Berliner Senator für Gesundheit, Mario Czaja, wird hierzu übrigens am neunten März einen Vortrag halten. Stattfinden wird dies im deutschen Pflegeforum am Gendarmenmarkt in der Akademie der Wissenschaften. Herr Czaja spricht dort über Pflege

in Berlin, im Rückblick auf 2012: Was hat der Senat zu der Zeit vorgehabt? Nun müsste er uns erzählen, was der Senat geschafft hat! Ich hoffe, er kann damit die 45 Minuten füllen... natürlich wird er auch über Flüchtlinge und deren Versorgung reden, was ja z.Zt. sein aktuelles Feld ist. Heute aber geht es um die Lebensqualität von Menschen mit Demenz am Lebensende. Es geht also um die Kombination von zwei sehr schwierigen Pflegerichtungen. Zum einen die Betreuung von Menschen mit Demenz, zum anderen die palliative Versorgung von Menschen zum Endpunkt, dem Lebensende. Das sind natürlich beides Themen, mit denen man sich schon hinreichend beschäftigt hat, in dieser Kombination ist es aber eher selten. Insofern ist das heute hier ein sehr interessantes Thema! Dabei soll es darum gehen, welche besonderen Herausforderungen sich bei der palliativen Versorgung stellen wenn Menschen dement sind: Welche ethischen Konfliktfelder gibt es dabei – in etwa so etwas wie passive oder indirekte Sterbehilfe – wie viel Paternalismus, den man ja immer gern vermeiden möchte, ist nötig aber auch, wie viel Autonomie des Patienten ist noch möglich? Das sind einige der Fragen, die heute hier auf der Tagung eine Rolle spielen - ein sehr komplexes Feld.

Dazu haben wir einen Einstieg von Günter Meyer, den man so auch selten bekommt; nämlich eine historische Perspektive. Denn man muss ja zugeben, sterben tun ja die Leute nicht erst seit heute! Gestorben wurde immer schon. Wie sind die Menschen aber damit umgegangen? Dazu der erste Vortrag. Der zweite Referent ist Prof. Dr. Asmus Finzen, seit den 70er Jahren einer der großen Vorkämpfer bezüglich neuer Wege, psychische Krankheiten zu behandeln. Er spricht darüber, wie die letzte Lebenszeit medizinisch gut begleitet werden kann. Es wird sicherlich ein Erlebnis sein, ihn hier zu hören. Dann haben wir gehört, wie es sein soll und dann werden wir hören, wie es tatsächlich ist – von Sabine Sack. Sie ist Krankenschwester und Koordinatorin des Hospizdienstes Palliative Geriatrie des Unionhilfswerkes hier in Berlin. Sie hält keinen reinen Vortrag, denn es ist noch schöner und anschaulicher, wenn es ein Gespräch gibt.

Das Gespräch führt Gabriele Lang, eine erfahrene Beraterin und Sozialarbeiterin. Danach gibt es etwas zu Essen, denn das spielt ja nicht nur am Lebensende eine Rolle, sondern auch davor und ist ein wichtiger Anknüpfungspunkt für Gespräche. Anschließend gibt es einen interkulturellen, speziell interreligiösen Dialog: Wie sieht die Sterbebegleitung aus Sicht der Religion aus, bzw. welche Positionen haben die verschiedenen Religionen zu palliativer Pflege. Für einen guten Tod ist diese spirituelle Seite natürlich auch ganz entscheidend. Dabei geht es dann auch insbesondere um die ethischen Fragen, die bei der Begleitung von Sterbenden immer eine Rolle spielen.



Prof. Dr. Reinhold Roski

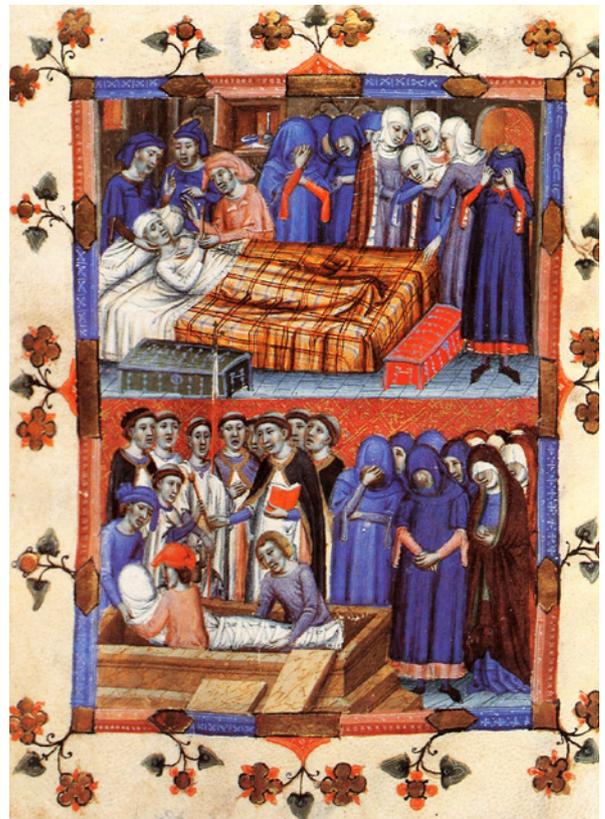
Eingeladen sind dazu jüdische, muslimische, christliche und buddhistische Vertreterinnen: eine evangelische Pfarrerin und Krankenhauseelsorgerin am Dominikus Krankenhaus, Michaela Fröhling; eine jüdische Kantorin und Mitbegründerin der Jewish Renewal Gemeinde Ohel HaChidusch, Chasan Jalda Rebling; eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und leitende Ärztin der Entwöhnungsklinik F42 in Berlin, Hadice Ayhan und eine Sozialarbeiterin und Altenpflegerin, sowie spirituelle Mitleiterin des buddhistischen Meditationszentrums Lotos-Vihara, Jutta Kadegge. Sie ist die Lebensgefährtin von Dr. Wilfried Reuter, der heute verhindert ist. Wir haben also eine tolle Runde zusammengestellt und dazu einen tollen Moderator gewonnen: Dr. Norbert Mönter, Initiator, Gründungsmitglied und langjähriger erster Vorsitzende des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit, der diese Runde moderieren wird, zusammen mit Günter Meyer, den wir dann ja schon kennen. Uns erwartet also ein ganz umfangreiches Programm - heute Vormittag geht es um Sterbebegleitung von Menschen mit Demenz aus medizinisch, pflegerischer Sicht und heute Nachmittag hören wir einen interreligiösen Dialog zu diesem Thema.

Wir möchten aber auch, dass Sie sich untereinander besser kennenlernen und evtl. später vernetzen und zusammenarbeiten und alle Freuden einer guten Vernetzung genießen können. Dazu möchte ich gern, dass Sie sich mit dem Partner/in neben Ihnen und den beiden Leuten hinter Ihnen in einem Vierer-Gespräch austauschen. Dass Sie sich kurz vorstellen: wer Sie sind, was Sie machen und was Sie heute Abend hier mitnehmen möchten. Dass Sie im besten Fall Daten austauschen und auch zukünftig zusammenarbeiten können. Viel Spaß dabei!

---

## Sterbebegleitung bei Menschen mit Demenz. Ein historischer Blick. Dr. phil. Günter Meyer (Kulturwissenschaftler und Historiker)

Sterbebegleitung bei Menschen mit Demenz vereint zwei große Themenkomplexe, einerseits das Thema der palliativen Versorgung und andererseits die Auseinandersetzung über die adäquate Betreuung sowie Herausforderung von Menschen mit Demenz. Beide Themenkomplexe werden vorwiegend separat diskutiert und sprechen zum Teil auch unterschiedliche Mitarbeiterstrukturen an; auf der einen Seite die Experten der palliativen Versorgung sowie auf der anderen Seite die spezialisierten gerontopsychiatrischen Pflegekräfte, Ärzte und Betreuer. Das Konzept der ambulant betreuten Wohngemeinschaften ist von seiner Grundphilosophie so angelegt, dass die betroffenen Menschen dort auch sterben dürfen. Diese Philosophie macht eine Zusammenarbeit zwischen einem ambulanten Hospiz und dem ambulanten Pflegedienst in Wohngemeinschaften notwendig. In diesem Sinne sollen heute beide Themenkomplexe zusammen diskutiert werden und die spezifischen Herausforderungen einer Sterbebegleitung bei Menschen mit Demenz herausgearbeitet werden. Ungewöhnlich ist es, eine solche Tagung mit einem historischen Einstieg zu beginnen. Sicherlich werden sich einige gefragt haben, warum dieser kulturhistorische Einstieg? Besonders in den Pflegewissenschaften erfährt die historische Betrachtung kaum Beachtung. In der Medizin hat sich die Geschichte innerhalb des Faches sehr viel stärker etabliert. Ein kluger Arzt und überzeugter Empiriker, Ludwig Fleck, hat bereits in den 20er Jahren die Grundlagen einer modernen Wissenschaftstheorie definiert, indem er die empirische Forschung nur dann als aussagekräftig ansah, heute würden wir von evidenzbasierter Medizin oder evidenzbasierter Pflege sprechen, wenn sie im Zusammenhang mit einer soziologischen und historischen Fragestellung durchgeführt wird. Er prägt dafür die Begriffe Denkkollektiv und Denkstil.<sup>1</sup>



Abbild. 1, Stundenbuch der Maria von Navarra, Ferrer Bassa, um 1340

*Zitat L. Fleck „Wir haben den Denkstil als Bereitschaft für gerichtetes Wahrnehmen und entsprechendes Verarbeiten des Wahrgenommenen definiert.“*

Unter Denkkollektiv wird die kulturelle, soziale Gemeinschaft der Wissenschaftler verstanden. Jeder Wissenschaftler agiert in einer sozialen Einheit der wissenschaftlichen Struktur, die sowohl ihn persönlich prägt als auch den Rahmen seiner wissenschaftlichen Untersuchungen bestimmt.<sup>2</sup> Forschungsbemühungen sowie Versorgungskonzepte sind demzufolge immer auch abhängig von einem vorherrschenden Denkstil in einem Denkkollektiv. Vor diesem Hintergrund ist jeder Diskurs eingebettet in einem wissenschaftlichen Kollektiv und innerhalb dieses Kollektivs bestimmen soziologische und historische Faktoren den „Denkstil“. Jede Weiterentwicklung durch die Forschung bedeutet eine Weiterentwicklung des Denkstils.

In diesem Sinne dürfen wir auch in der palliativen Versorgung von einem Denkkollektiv ausgehen, in dem ein bestimmter Denkstil vorherrscht. Um diesen Denkstil analytisch zu eruieren, gilt es ihn aus der historischen Perspektive zu analysieren und zu hinterfragen. Es gilt dabei auch zu schauen, wann bestimmte Fragestellungen historisch reif sind, gestellt zu werden. In welchem Kontext stehen ethische Fragestellungen und wie stark sind sie von der historischen Entwicklung abhängig? Foucault weist daraufhin, dass beispielsweise die Sklaverei erst ab dem Moment ethisch verworfen werden konnte, ab dem sie auch gesellschaftlich lösbar war. Erst seitdem wird die Sklaverei ethisch problematisiert. In der Antike beispielsweise, war sie nie Bestandteil der gesellschaftlichen und ethischen Auseinandersetzung. Wenn wir diese philosophische Grundhaltung übertragen auf die psychiatrische und palliative Versorgung, müssen wir uns die Frage stellen, warum fangen wir ab einem gewissen Zeitpunkt an, über bestimmte Sachverhalte nachzudenken und welche unterschweligen Mythen sowie historisch gewachsenen Klischeevorstellungen tragen wir unbewusst in die jeweiligen Lösungsstrategien fort. Besonders, wenn wir unsere eigene Rolle kritisch hinterfragen wollen, geben uns historische Analysen Hinweise für ein differenziertes Verständnis. Dabei möchte ich Sie mit einem Zitat des Historikers Paul Veyne über das historische Verständnis von Foucault konfrontieren:

*„So sind in jeder Epoche die Zeitgenossen in Diskurse wie in vermeintliche transparente Fischgläser eingeschlossen, sie wissen nicht, um welche Fischgläser es sich handelt, und sind sich nicht einmal im Klaren, dass ein solches Glas existiert. Die falschen Allgemeinheiten und die Diskurse variieren im Laufe der Zeit, gelten jedoch in jeder Epoche als wahr. Infolgedessen beschränkt sich die Wahrheit auf das Wahrsagen, d.h. auf die Äußerung dessen was man für wahr hält – und was ein Jahrhundert später belächelt wird.“*

In diesem Sinne möchte ich Ihnen nun zwei historisch gewachsene Denkkollektive vorstellen, die Geschichte der Demenz und die Geschichte der Sterbebegleitung in der abendländischen Kultur. Die Fokussierung auf die abendländische Kultur kann berechtigt kritisiert werden und entspricht nicht unserem heutigen Anspruch einer multikulturellen Gesellschaft. Allerdings würde eine erweiterte, multikulturelle historische Darstellung den heutigen Rahmen sprengen. Mit dem interreligiösen Dialog heute Nachmittag haben wir die Möglichkeit, den interkulturellen Aspekt wieder aufzugreifen und eine kulturübergreifende Betrachtung zu ermöglichen. Die Geschichte der Demenz ist verbunden mit vielen Vorstellungen und Mythen, die bis in die Gegenwart hinein wirken, was möglicherweise auch als Ursache für die noch immer währende Stigmatisierung betrachtet werden kann.<sup>5</sup> Im Rahmen dieser Arbeit kann allerdings daher nur ein kleiner historischer Überblick vermittelt werden, der aber genügen sollte, um ein Grundverständnis für dieses Thema zu entwickeln.

Wie umfangreich sich eine umfassende Studie gestalten würde, macht allein schon die Vielzahl synonyme Begriffe deutlich, die in der Medizingeschichte für den Verlust an kognitiven Fähigkeiten verwendet wurden.

*Amathia, amentia, amnesia, anoia, fatuitas, memoriae debilitas, mentis stupor, morosis, oblivio, stultitia und stupiditas*

Diese Begriffe sind nur einige Beispiele, die sich in der Literatur wieder finden und diese Vielfalt lässt ahnen, wie problematisch sich eine etymologische Betrachtung des Begriffes Demenz gestalten könnte. Allerdings finden wir bereits in der griechischen Literatur Hinweise auf die Beschreibung einer Demenz. Zu den frühesten Schriften zählt sicherlich Platons Werk *Timaios*. Darin wird die anoia (Unvernunft) mit den Begriffen mania (Wahnsinn) und amathia (Unwissenheit) in Verbindung gebracht. Sie entsprechen ungefähr dem lateinischen Wortpaar furor und dementia.<sup>7</sup> Platon vermutet einen Zusammenhang zwischen einem Säfteungleichgewicht und organisch psychiatrischen Symptomen.<sup>8</sup> Aristoteles erklärt eine Generation später die mnestischen Einbußen im Kontext seiner Vier-Qualitäten-Lehre. Ihr zugehörig ist das physische und psychische Wohlbefinden abhängig von einem Gleichgewicht der vier Elementarqualitäten kalt, warm, feucht und trocken. Diese Grundüberzeugung, kognitive Defizite seien körperlich erworben, impliziert aber auch die potentielle Heilbarkeit sämtlicher Symptome - ein Konzept, das auch heute noch in Ansätzen der Schulmedizin vorhanden ist. Folgt man der Definition von Aristoteles, so werden Gedächtnis- und Erinnerungsleistungen durch Reize von außen erzeugt, die

1 ♦ Schäfer F; Schnelle T (Hrsg.); Fleck L (2011) Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Frankfurt/Main (9. Aufl.), S. 187.

2 ♦ Vgl. hierzu Schäfer F; Schnelle T (2011) Ludwik Flecks Begründung der soziologischen Betrachtungsweise in der Wissenschaftstheorie. In: Vorwort zur Ausgabe Schäfer F, Schnelle T. (Hrsg.); Fleck L. (2011) Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. (9.Aufl.) Frankfurt/Main, S. XXVII.

3 ♦ Veyne P (2009) Foucault. Der Philosoph als Samurai. Stuttgart, S. 39.

4 ♦ Veyne P (2009) Foucault. Der Philosoph als Samurai. Stuttgart.

5 ♦ Hampel H; Padberg F; Möller HJ (2003) Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. Stuttgart, S. 16

6 ♦ Karenberg A; Förstl H (2003) Geschichte der Demenzen und der Antidementia. In: Förstl H (Hrsg.) Antidementia. München, S. 6..

dann in den Sinnesorganen Spuren hinterlassen. Befindet sich der Körper in einem Ungleichgewicht der Säfte, sind beispielsweise die Sinnesorgane zu feucht oder zu trocken, dann können keine Gedächtnisspuren hinterlassen werden.<sup>9</sup> Dieser gedankliche Ansatz einer Wechselwirkung wird in der gegenwärtigen Neurowissenschaft wieder verfolgt, der zufolge Wahrnehmungsreize sowie neuronale Prozesse einander bedingen und eine Materialisierung geistiger Prozesse ein biologisches Gleichgewicht des Gehirns voraussetzt. Nach Markowitsch ist Gedächtnis nichts anderes, als die Umsetzung von Umwelterfahrungen „in die sich organisierende neuronale Struktur des sich entwickelnden Lebewesen selbst.“<sup>10</sup>

Die älteste lateinische Verwendung des Begriffes Demenz in einem medizinischen Kontext kann nach gegenwärtigen Erkenntnissen dem Arzt Aulus Cornelius Celsus zugeordnet werden. Die Schriften des römischen Autors werden in der Medizingeschichte als die bedeutendste lateinsprachige Quelle zur antiken Medizin angesehen.<sup>11</sup> Über seine Vita ist wenig bekannt, die Datierung seines acht Bücher umfassenden Werkes wird um 25 n. Chr. angenommen, in der Regierungszeit des Kaisers Tiberius (14-37 n. Chr.). Die Schrift lässt erkennen, dass er sich in der hippokratischen Tradition verortet und er damit in der Kontinuität der griechischen Medizin steht. Das Werk selbst gliedert sich in die Bereiche Diätetik (Buch 1-4), Arzneimittellehre (Buch 5-6) und Chirurgie (Buch 7-8). Im dritten Buch beschreibt er die Demenz mit ihren kognitiven Einbußen und im 18. Kapitel leitet er den Begriff insania von dem griechischen Wort Phrenesie ab.

Dabei unterscheidet er zwischen dem reversiblen Delirium und der irreversiblen Demenz. Mit dieser Unterscheidung wird deutlich, dass die antike Medizin bereits die dementiellen Symptome differenziert betrachtete und unterschiedlichen Krankheitsbildern zuordnete. Knapp 100 Jahre später finden wir eine Beschreibung der Symptomatik von Demenz, wie sie auch heute noch Gültigkeit haben könnte. In den „Saturae“ des römischen Autors Junius Juvenalis<sup>12</sup> ist folgendes überliefert:

*„[...] sed omni membrorum damno major dementia, quae nomina servorum nec vultum agnoscit amici cum quo praeterita cenarti nocte, nec illos quos genuit, quos eduxit.“<sup>13</sup> Doch schlimmer als jeder Schaden an den Gliedern ist der Schwachsinn (dementia), durch den er weder die Namen der Sklaven noch das Gesicht des Freundes erkennt, mit dem er in der vergangenen Nacht speiste, noch jene, die er zeugte, die er aufzog ...“*

Diese sehr modern anmutende Definition wird im Mittelalter nicht weiter verfolgt. Mit dem Aufkommen des Christentums verknüpften sich neue Vorstellungen mit der Medizin. „Caritas (Nächstenliebe) und infirmitas (Gebrechen) sind zentrale Konzepte der christlichen Spiritualität; die Art, in der sie auf verschiedene Stufen – auf doktrinä-

rer, religiös-pastoraler oder sozialer Ebene - miteinander in Verbindung stehen, führt in Verlauf des Mittelalters zu besonderen Verhaltensweisen des einzelnen Gläubigen und zu grundlegenden Unterstützungseinrichtungen im Rahmen der Gesellschaft.“<sup>14</sup> Diese Vorstellung war gepaart mit einer Krankheitstheorie, in der Krankheit entweder Strafe für Sünden, Besessenheit durch den Teufel oder als Folge von Hexerei angesehen wurde.<sup>15</sup> Dennoch darf das Mittelalter generell nicht als ein Zeitraum der Rückschritte betrachtet werden. Das Bild der Renaissance, in dem gerne von einem dunklen Zeitalter gesprochen wird, hat die heutige Geschichtswissenschaft längst revidiert. Je intensiver man sich diesem Zeitraum zuwendet, desto mehr löst sich der Begriff als Epochenbezeichnung auf. Zwischen 500 und 1500n.Chr. müssen wir eine Vielzahl von eigenständigen Epochen annehmen. Dennoch haben sich bestimmte Denkstrukturen, vor allem in der Medizin, über Jahrhunderte gehalten und wurden nicht erneuert. In einigen Bereichen kam es zu einer Kehrtwendung, die als Rückschritt interpretiert werden kann. Le Goff folgert daraus: „Es bedurfte einer bedeutenden Glaubensmacht wie auch ökonomische, soziale und geistige Strukturen, damit diese Kehrtwende gelingen konnte. Der Betreiber dieser Wende, dieser geistigen Verengung war das Christentum“.<sup>16</sup> Ackerknecht unterteilt bezogen auf die medizinische Geschichte, das Mittelalter in zwei große Epochen. Die erste Periode bezeichnet er als die monastische Medizin, da sie vor allem von den Mönchen in den Klöstern praktiziert wurde. Mit dem Konzil von Clermont 1130 endet diese Mönchsmedizin, da den Mönchen die Ausübung ärztlicher Tätigkeit untersagt wurde. Die zweite Hälfte des Mittelalters wird als die scholastische Medizin umschrieben. Trotz der zeitlichen Differenzierung kommt auch Ackerknecht zu dem Schluss: „Die mittelalterliche Philosophie ist auch heute noch, einschließlich ihrer Fortschritte auf dem Gebiet der Physik, sehr interessant. Die mittelalterliche Kunst mit ihren meisterhaften Leistungen auf dem Gebiet der Buchmalerei und Architektur schuf eine eigenständige Welt, die sie vielleicht vor allem wegen ihrer vollständigen Befreiung von der klassischen Tradition erreichte. Die mittelalterliche Heilkunde jedoch bleibt eine sklavische Nachahmung der Antike und erscheint darum heute wenig anziehend. Der Unterschied zwischen mittelalterlicher und neuzeitlicher Medizin lässt sich am besten in der Formulierung von Stephen d'Irsay (1894 – 1934) erklären:

Die mittelalterliche Medizin hatte ihren Mittelpunkt nicht in Laboratorien oder Krankenhäusern, sondern in Bibliotheken.“<sup>17</sup> Dennoch gab es auch einige Beiträge, die durchaus neue Interpretationen wagten. Bezogen auf die Analyse des Gedächtnisses kam ein wichtiger Beitrag aus dem arabischen Raum. Mit der sog. Ventrikellehre hat der Bischof Nemesius von Emesa aus Phönizien um

7 ♦ Pigeaud J (1989) *La maladie de l'âme. Les belles lettres.* Paris.

8 ♦ Platon (1994) *Tiamios.* In: *Sämtliche Werke Band 4,* Reinbek bei Hamburg, S. 95.

9 ♦ Schäfer D (2002) *Gulliver meets Descartes. Early Modern Concepts of Age-related Memory Loss.* In: *Journal of the History of The Neurosciences* 12, S. 1-11.

10 ♦ Markowitsch HJ; Welzel H (2006) *Das autobiographische Gedächtnis: Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung.*

11 ♦ Schulze C (2002) *Zum abrupten Schluss der De Medicina Libri Octo des Aulus Cornelius Celsus.* In: *Rheinisches Museum für Philologie, Neue Folge, Bd. 145, H 2.* Bad Orb, S. 224.

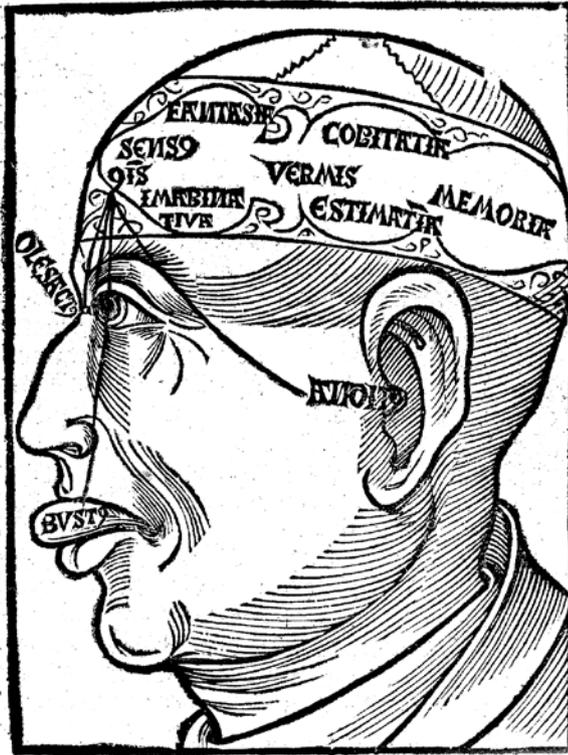
12 ♦ Juvenalis DJ; Persii Flacci A (1684) *Satirae.* Paris: Leonard.

13 ♦ *Doch schlimmer als jeder Schaden an den Gliedern ist der Schwachsinn (dementia), durch den er weder die Namen der Sklaven noch das Gesicht des Freundes erkennt, mit dem er in der vergangenen Nacht speiste, noch jene, die er zeugte, die er aufzog ...“* Übersetzung entnommen aus: Förstl H (Hrsg.) (2003) *Antidementiva.* München, S. 13.

14 ♦ Grmek MD (1996) *Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter.* München, S. 182.

400 n.Chr. eine Theorie zur Pathopsychologie geschrieben, in der er antikes Wissen mit der christlichen Trinitätslehre vereinte. Interessant ist dabei die zerebrale Zuordnung kognitiver Leistungen. Nemesius vermutete in den intrazerebralen Hohlräumen die Quelle der geistigen Kompetenzen und lokalisierte im vorderen Ventrikel die Wahrnehmungsfähigkeit bzw. die Phantasie, im mittleren Ventrikel die Vernunft und das Denken, und im hinteren Ventrikel die Gedächtnisleistungen.<sup>18</sup> Diese Lehre der Ventrikel war bis

ins 17. Jahrhundert hinein allgemein anerkannte Lehrmeinung, danach setzte sich allmählich die Erkenntnis durch, dass nicht die Hohlräume, sondern die Hirnsubstanz als Träger der Hirnfunktionen anzusehen sei. Auch wenn die Theorie heute als längst überholt gilt, so findet sich darin eine Kernüberzeugung, die sich wie ein roter Faden bis in die moderne Neurowissenschaft zieht. Es geht um jene Idee, der zufolge sämtliche Eigenschaften und Fähigkeiten des Menschen neuronal zugeordnet und im Gehirn lokalisiert werden. Dieses als Lokalisationstheorie bezeichnete Konzept wird in der Wissenschaft sehr kontrovers diskutiert, kann aber als Ausgangsprämisse für das bildgebende Verfahren in der gegenwärtigen Neurowissenschaft angesehen werden.<sup>19</sup> Die ersten Beschreibungen dementieller Symptome waren nicht immer gekoppelt an das Alter. Eine frühe Verknüpfung von Senilität und Alter finden wir in der Renaissance bei dem in seiner Zeit sehr einflussreichen Chirurgen am französischen Hofe Ambroise Paré:



Abbild. 2, Ventrikellehre, Illustration nach Hieronymus Brunschwig, 1525

*„Das sehr hohe Alter, das sich bis zum achtzigsten oder gar hundertsten Lebensjahr erstreckt, ist so kalt und trocken, dass jene, die dieses Stadium der Altersschwäche erreichen, an einer schweren Last tragen; sie sind reizbar, verwirrt, eigensinnig, mürrisch und klagsam.“<sup>20</sup>*

Unschwer lässt sich hier die Aristoteles-Rezeption erkennen und Erasmus von Rotterdam verdichtet im „Lob der Torheit“ (1504) eine Alterskritik, die wir in Ansätzen durchaus noch in unserer modernen Gesellschaft finden können:

*„Die Blödheit [des Greises] enthebt ihn jener elenden Sorgen, denen der weise Mann ausgeliefert ist [...]. Welcher Unterschied besteht auch zwischen ihnen [Kindern und Greisen], als dass die einen mehr Runzeln und ein höheres Leben haben? Sonst passen sie doch zusammen, mit ihrem hellen Haar, ihrem zahnlo-*

*sen Mund, ihrer körperlichen Kleinheit, dem Verlangen nach Milch, ihrem Lallen, ihrer Schwatzsucht, Läppischen, Vergesslichkeit und Unbedachtsamkeit, kurz, in allem übrigen. Je mehr sie sich dem Greisenalter nähern, desto mehr kommen sie auf die Kindheit zurück, bis sie wie die Kinder aus dem Leben gehen, ohne Überdruß und ohne Lebensfurcht.*<sup>21</sup>

Im 17. Jahrhundert kollidieren die Auseinandersetzung mit der Senilität und die Entstehung der modernen Psychiatrie. Klaus Dörner beschreibt das historische Vorfeld der Ausgrenzung der Unvernunft und betrachtet die moderne Psychiatrie als ein Produkt der Romantik.<sup>22</sup> Die frühesten Entwicklungen verortet er in England in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts, und so spielen zwei Schriftsteller im Kontext der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit Vernunft und Psychiatrie eine repräsentative Rolle: Daniel Defoe und Jonathan Swift. Defoe schafft mit seinem Robinson Crusoe eine vernunft-optimistische Figur, die sich die Natur aneignet und versucht, aus nichts alles zu schaffen. Demgegenüber steht Swifts Roman „Gullivers Reisen“, in dem eine Welt jenseits der Vernunft entsteht, als sarkastische Kehrseite der Aufklärung mit pessimistischer Grundhaltung.<sup>23</sup> Auch die Alterssenilität wird in diesem Weltkonzept behandelt. Bei den Luggnaggiern erfährt Gulliver zum ersten Mal von den nicht sterblichen Struldbrugs, die hierdurch ab dem 30. Lebensjahr melancholisch und niedergeschlagen werden.

*„Die am wenigsten Unglücklichen unter ihnen scheinen noch diejenigen zu sei, die kindisch werden und ihr Gedächtnis völlig verlieren; diesen wird mehr Mitleid und Hilfe zuteil, da ihnen viele schlechte Eigenschaften fehlen, die bei anderen im Überfluss vorhanden sind.*“<sup>24</sup>

Und einige Zeilen später erfolgt dann ein konkrete Beschreibung des Alters

*„Mit neunzig verlieren sie die Zähne und Haare; in diesem Alter nehmen sie keinen Geschmacksunterschied mehr wahr, sondern essen und trinken ohne Vergnügen oder Appetit, was sie bekommen können. Die Krankheiten, denen sie ausgesetzt waren, dauern immer fort, ohne sich zu verschlimmern oder zu bessern. Beim Sprechen vergessen sie die gewöhnlichen Bezeichnungen von Sachen und die Namen von Personen, sogar derjenigen, die ihre nächsten Freunde und Verwandten sind. Aus demselben Grund können sie sich niemals mehr mit Lesen die Zeit vertreiben,*

15 ♦ Ackerknecht EH (1992) Geschichte der Medizin. (7. Aufl.) Stuttgart, S. 56.

16 ♦ Le Goff J; Truong N (2007) Die Geschichte des Körpers im Mittelalter. Stuttgart, S.55.

17 ♦ Ackerknecht EH (1992) Geschichte der Medizin. (7. Aufl.) Stuttgart, S. 60.

18 ♦ Förstl H (Hrsg.) (2003) Antidementiva. München, S. 19.

19 ♦ Braitenberg V (2007) Über den Inhalt des Kopfes. In: Spitzer M;Bertram W (Hrsg.) Brainentertainment. Stuttgart, S. 15.

20 ♦ Zitiert nach Förstl H (Hrsg.) (2003) Antidementiva. München, S. 21.

21 ♦ Erasmus von Rotterdam (2006) Das Lob der Torheit. Encomium Moriae. Übers. von Anton J. Gail. Stuttgart, S. 16.

22 ♦ Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschafts-soziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Hamburg, S. 20.

23 ♦ Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschafts-soziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Hamburg, S. 30.

*weil ihr Gedächtnis nicht ausreicht, sie vom Anfang eines Satzes bis zum Ende zu bringen; und durch dieses Gebrechen werden sie der einzigen Unterhaltung beraubt, deren sie sonst noch fähig wären.*<sup>25</sup>

Der Begriff Demenz wurde Ende des 19. Jahrhunderts für den allgemeinen psychischen Abbau bei chronischen Hirnerkrankungen verwendet und bezogen auf die älteren Menschen wurden die psychischen Symptome als senile Demenz beschrieben. Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts, als Alois Alzheimer bereits seine erste Akte zu Auguste D. anlegte, kreierte Emil Kraepelin den Begriff Dementia praecox. Damit definierte er eine Form der endogenen Psychose, die wir heute als Schizophrenie bezeichnen. Der Begriff Schizophrenie wurde erst 1911 von Eugen Bleuler in die psychiatrische Literatur eingeführt und hat sich seitdem durchgesetzt. Nachhaltig verdanken wir Kraepelin den Begriff von der Alzheimer'schen Krankheit, die er 1910 in seinem Lehrbuch erstmalig ausführt.<sup>26</sup>

Mit Alois Alzheimer erfolgt eine Wende in der Erforschung der Demenz. 1901 trifft er als Oberarzt an der Anstalt für Irre und Epileptische in Frankfurt am Main auf die Patientin Auguste D. Das Besondere an dieser Patientin lag darin, dass sie typische Symptome einer senilen Demenz zeigte, aber erst 51 Jahre alt war. In seinen legendär gewordenen Akten ist das erste Interview einen Tag nach der Neuaufnahme vom 26. November 1901 wortwörtlich erhalten. Es zeigt, wie Frau D. noch in der Lage ist, Gegenstände zu erkennen, sich aber komplett desorientiert verhält in Bezug auf ihre Person und hinsichtlich ihrer Lage. Die Diskrepanz zwischen Kurzzeitgedächtnis und Langzeitgedächtnis bei gleichzeitigem Abbau kognitiver Fähigkeiten wird in diesem ersten Gespräch evident<sup>27</sup>, was von ungeheurer Tragweite ist und Ausgangspunkt für unser modernes Demenzkonzept wird. Wie verhält es sich nun parallel mit der Geschichte der Sterbebegleitung und des Todes. Die Kunst des Sterbens oder auch ars moriendi zählte zu den zentralen Herausforderungen des Menschen im Mittelalter. Wir sehen hier ein Bild von Giotto wie er den Tod Mariä dargestellt. Maria stirbt, wie hier gut erkennbar, im Kreise der Apostel. Im übertragenden Sinne stirbt sie im Kreis ihrer Familie. Der Tod der Maria, in der Kunstgeschichte auch als Dormitio bekannt, was Entschlafen bedeutet, ist ein großes Thema in der Marienlegenden: Maria erschien am Berg Zion - oder in Ephesus - ein Engel mit leuchtendem Palmzweig und verkündete ihr den Tod. Sie bat, dass die Apostel zugegen sein sollten; diese wurden von Wolken herbeigetragen und umstanden das Lager der Sterbenden. Der Tod Mariae darf als Prototyp des guten Sterbens im Mittelalter betrachtet werden. Es galt als ideale Vorstellung im Kreise der Familie, der Nachbarn und vertrauten Menschen zu sterben. Sterben war in diesem Zeitalter eine öffentliche Angelegenheit. Diesen Umgang mit Sterben beschreibt Norbert Elias in seinem Buch: Über die Einsamkeit der Sterbenden

*„Ehemals war das Sterben der Menschen eine weit öffentlichere Angelegenheit als heute. Das konnte schon deswegen nicht anders ein, weil es ungewöhnlicher für Menschen war, allein zu bleiben. Mag sein, dass Nonnen und Mönche in ihrer Zelle allein waren. Aber gewöhnliche Menschen lebten ständig bei- und miteinander. Schon die Räumlichkeit ließen ihnen kaum eine andere Wahl. Auch Geburt und Tod – wie andere animalische Aspekte des Menschenlebens – waren in höherem Maße privatisiert.“<sup>28</sup>*

### Interview Frau Auguste D.

»Wie heißen Sie?«

»Auguste.«

»Familiename?«

»Auguste.«

»Wie heißt ihr Mann?«

»Ich glaube ... Auguste.«

»Ihr Mann?«

»Ach so. Mein Mann ...«

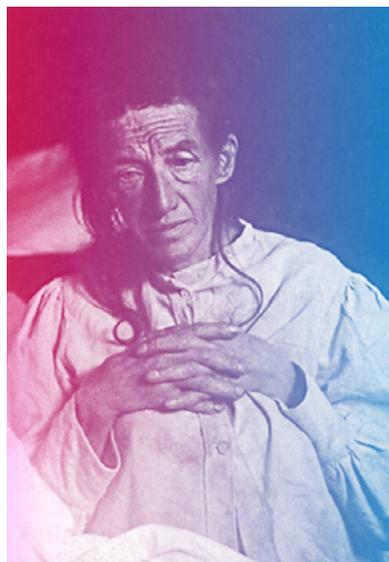
»Sind Sie verheiratet?«

(zu Auguste) Frau D.?«

»Ja, zu Auguste D.«

»Wie lang sind Sie schon hier?«

»Drei Wochen«



»Was habe ich in der Hand?«

»Eine Zigarre.«

»Richtig. Und was ist das?«

»Eine Stahlfeder.«

»Auch richtig. Was ist das, Fr. D?«

»Ihr Portemonnaie, Herr Doktor.«

»Ja. Richtig. Und das?«

»Ein Buch.«

»Und was liegt neben meinem Notizbuch?«

»Ein Schlüsselbund.«

»Woraus besteht er?«

»Aus einzelnen Schlüsseln.«

Abbild. 3, Auguste Deter, 16. Mai 1850–08. April 1906

Im 14. Jahrhundert, also im gleichen Jahrhundert, in dem das Bild von Giotto gemalt worden ist, entstand eine ganz eigene Literaturgattung, die als *Ars moriendi* bekannt geworden ist. Bis ins 17. Jahrhundert waren diese Bücher üblich, als Handreichung für den jungen Klerus, der den Sterbenden in letzter Stunde beizustehen hatte. Die Ausgaben waren oft mit Holzschnitten ausgestattet, um auch Laien die Möglichkeit einer christlichen Sterbebegleitung zu ermöglichen. Eigentlich eine sehr frühe Form, ehrenamtliche Kräfte entsprechend zu schulen und anzuleiten. In der Regel wurden die fünf Versuchungen dargestellt, mit denen der Sterbende in der Todesstunde zu rechnen hatte. Sie werden in der Regel so dargestellt, dass jeweils auf einer die Ver-

suchung durch einen Teufel und die Verteidigung durch einen Engel dargestellt wurden. Die erste Anfechtung ist die Versuchung und Verteidigung des Glaubens. Der Sterbende wird vom Teufel zum Selbstmord angestiftet, weil doch alles sinnlos sei und auch kein Leben im Jenseits zu erwarten sei. Mit Hilfe des Engels kann der Sterbende der Versuchung widerstehen und soll zur Stärkung das Glaubensbekenntnis laut beten. Bei der zweiten Versuchung hält der Teufel dem Sterbenden all seine Sünden vor, damit er verzweifelt. Der Engel weist daraufhin, wenn er alles innerlich bereut, er auf die Barmherzigkeit Gottes hoffen darf.



Abbild. 4, Die Grablegung Mariae, Giotto di Bondone 1266–1337

Bei der dritten Versuchung geht es um die Geduld. Der Sterbende soll sein Leiden geduldig ertragen und sich ein Beispiel an den Märtyrern nehmen. Bei der vierten Versuchung will der Teufel den Sterbenden zu Hochmut verleiten. Der Sterbende soll erkennen, dass nur die Demut bei Gott zähle, wie beim hl. Augustinus beschrieben. Und schließlich geht es in der letzten Versuchung um die Habgier. Mit Hilfe des Engels soll er freigiebig werden und sich von seinem Besitz lösen. Franz Josef Illard stellt diesen fünf mittelalterlichen geistlichen Problemen die fünf psychologischen Problemen der fünf Phasen nach Kübler Ross entgegen. Illard schreibt zu dieser Tabelle, ich zitiere:

*„Diese Skizze über die kurzen bebilderten Ars-moriendi Ausgaben nennt als kritische Punkte des Sterbens: Glaube, Hoffnung, Geduld, Demut und Armut. Psychologisch ließe sich darin*

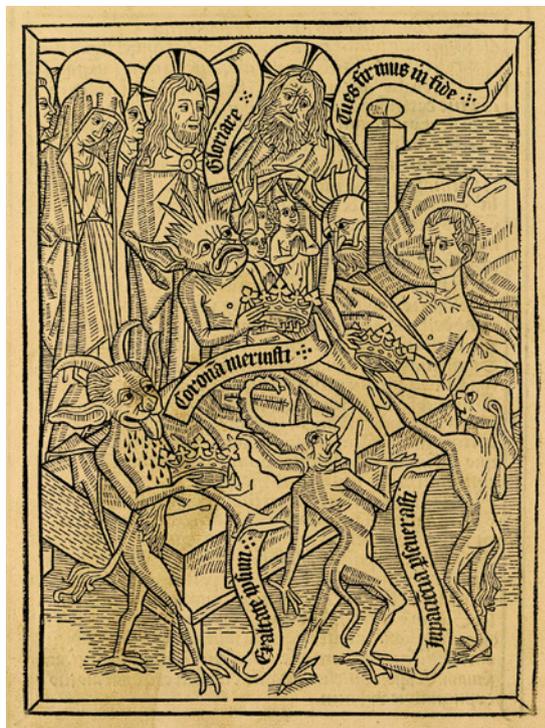
24 ♦ Swift J (2004) Gullivers Reisen. Frankfurt/Main, S. 306.

25 ♦ Swift J (2004) Gullivers Reisen. Frankfurt/Main, S. 306.

26 ♦ Kraepelin E. (1909) Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Bd. 2. (8. Aufl.) Leipzig, S. 624.

27 ♦ Maurer K; Maurer U (1999) Alzheimer. Das Leben eines Arztes und die Karriere einer Krankheit. (2. Aufl.) München, S. 9.

28 ♦ Elias N (2002) Über die Einsamkeit der Sterbenden. Humana conditio. S. 24.



Abbild. 5, Ars Moriendi:  
Versuchung des Teufels hinsichtlich  
des Hochmuts, um 1470



Abbild. 6, Ars Moriendi:  
Die Versuchung im Glauben,  
Meister E.S., 1460-1467

**sehen, dass der Sterbende Vertrauen haben soll, nicht verzweifeln darf, seine Wut ausagieren muss, von sich selbst absehen muss, um schließlich unbelastet Abschied von allem nehmen zu können, was ihm lieb und teuer ist.**<sup>429</sup>

Hieran lässt sich gut erkennen, wie ein Denkmuster, auch wenn sich die Inhalte ändern, bis in die Gegenwart bestehen bleiben kann. Aus dem gleichen Zeitraum, dem wir die Entstehung der Literaturgattung ars moriendi zuordnen, gibt es die erste Überlieferung des Begriffes Palliativ. In den Schriften des Arztes von Guy de Chauliac finden wir die Terminologie Cura palliativa. Guy de Chauliac, wir sehen ihn hier abgebildet in mittelalterlichen Illustrationen, zählte im 14. Jahrhundert zu den bedeutendsten Ärzten. Er war Leibarzt dreier Päpste und schrieb ein eigenes Lehrbuch, die Chirurgia Magna, in dem er das gesamte mittelalterliche medizinische Wissen zusammenfasste. Die vorwiegende Aufgabe des Arztes bestand in der radikalen Therapie, d.h. die Wurzeln der Krankheiten zu erkennen und zu behandeln. Er definiert darin drei Ausnahmesituationen, in denen der Arzt auf eine radikale Therapie verzichtet und sich mit einer Cura palliativa begnügen muss: erstens bei unheilbaren Krankheiten, zweitens wenn der Patient eine kurative, kausale Behandlung ablehnt und drittens wenn die kurative Behandlung größeren Schaden anrichtet als die Krankheit selbst. Hier wird sehr schön deutlich, dass die palliative Medizin in ihrer ursprünglichen Bedeutung als Gegensatz zur kurativen Medizin verstanden wurde und sich nicht zwangsläufig beschränkte auf die Versorgung

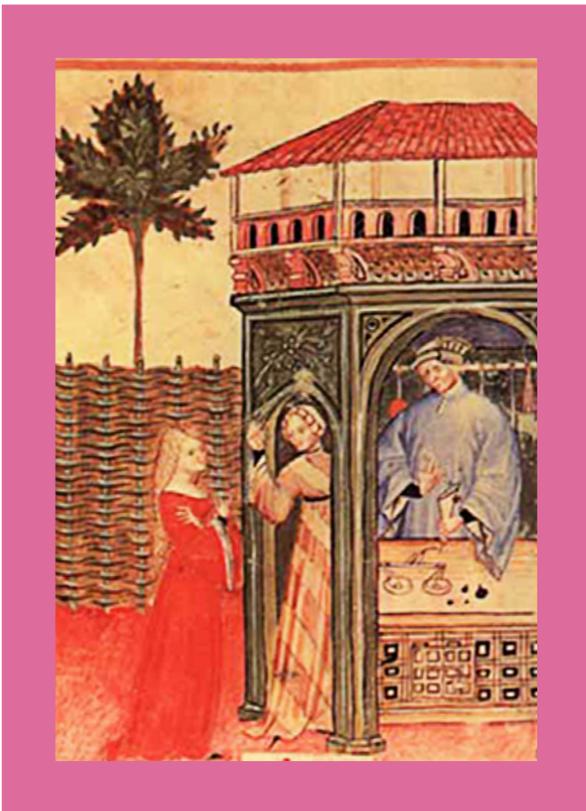
von unheilbar Kranken. Der lateinische Begriff Pallium bedeutet zunächst nur Mantel, so dass man von einer schützenden, mantelumlegenden Medizin sprechen kann. In der ältesten Dissertation über die Palliativmedizin, sie erschien 1692 und wurde verfasst von Elias Küchler, zählte zu der palliativen Medizin nicht nur die Leidens- und Schmerzlinderung bei unheilbar Kranken, sondern auch die Kosmetik und prothetische Medizin, da sie ja nicht kurativ, radikal war. Im 18. Jahrhundert wurde der Begriff „palliativ“ mehr und mehr in der Alltagssprache übernommen. Wir finden beispielhaft entsprechende Äußerungen in Briefen von Goethe, der sich ab 1805 bei einer Badekur in Halle von Johann Christian Reil behandeln ließ. Reil zählt zu den Begründern der modernen

Psychiatrie in Deutschland und als Schöpfer des Wortes „Psychiatrie“. So schrieb Goethe über Reil, er habe ihn 14 Tage behandelt

*„ohne ein Recept zu verschreiben, als etwa eins, dass er selbst für palliativ erklärte“<sup>30</sup>.*

Später charakterisiert er das Schäkern mit dem anderen Geschlecht als probates Palliativ gegen seinen Teufels Humors. Wenn wir nach den Wurzeln unseres heutigen Begriffsverständnisses suchen, dann müssen wir uns einem anderen Begriff zuwenden, der Euthanasia medicinalis als ein Teil der cura palliativa.<sup>31</sup> In diesem Sinne ist es notwendig kurz auf den Begriff „Euthanasie“ einzugehen, der erst in den letzten Jahrzehnten die enge Bedeutung der aktiven Sterbehilfe angenommen hat und dieses auch nur im deutschsprachigen Raum. Das Wort leitet sich von dem griechischen Wort „Euthantos“ und heißt wortwörtlich übersetzt „guter Tod“. In einer nur fragmentarisch überlieferten Komödie des Dichters Menandros finden wir folgende Zeilen:

*„Den nenne ich den glücklichsten, o Parmeno,  
der diese heil`gen Dinge ohne Leid geschaut  
und wieder wegging, schnell, woher er kam – es sind:  
Die Sonn, die gemeinsame, die Sterne und  
Das Wasser, Wolken, Feuer – diese, ob du nun  
Noch hundert Jahre lebst, ob deines Lebens Frist  
dir kurz bemessen ist, sie wirst du immerdar  
doch gegenwärtig sehn und niemals wirst du schau`n*



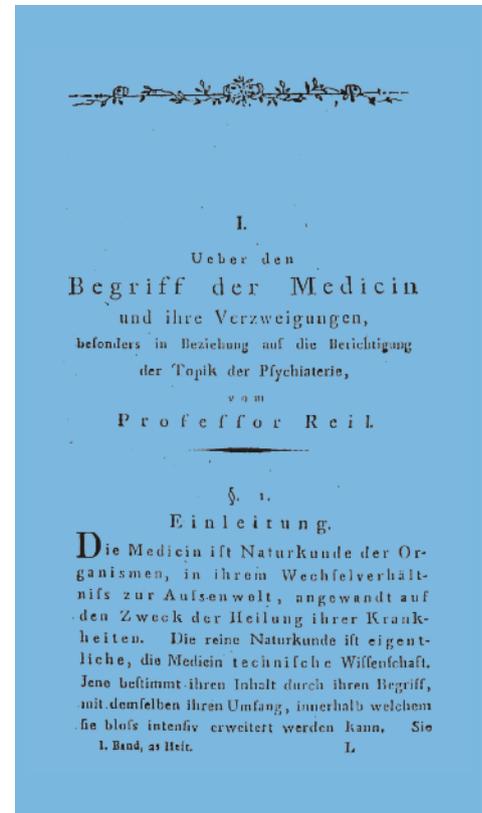
Abbild. 7, Mittelalterliche Illustration des Arztes, Guy de Chauliac, 1298–1368

*noch heiligere Dinge, als es diese sind.  
So halte du die Zeit, von der ich redete,  
für eine Volksversammlung oder Wanderschaft,  
auf der ein Haufe Volks, der Markt, auch Diebe dir  
begegnen, Würfelspiel, Geschwätz und Zeitvertreib.  
Sobald bei Zeiten du die Herberge verläßt  
Gehst du hinweg mit bessrem Reisegeld, indem  
Du niemandem verfeindet bist.  
Wer aber dort Verweilt und sich in das Getümmel stürzt,  
der geht zugrunde: endet als ein jammervoller Greis!  
Und unversehens wir ihm nachgestellt: Du siehst –  
Der stirbt nicht selig (wortwörtlich heißt es im Original  
„stirbt keinen guten Tod“) der zu Jahren kam.“<sup>32</sup>*

Das Alter wurde in der griechischen Gesellschaft nicht positiv empfunden und beschrieben. Der gute Tod in der griechischen Geisteshaltung, wie auch in diesem Text erkennbar, war immer auch der rechtzeitige Tod. Diese Textpassage, die Sie hier sehen, lässt sich durchaus auch so interpretieren, dass der gute Tod auch ein selbstgewählter frühzeitiger Tod ist, also ein indirekte Aufforderung zum Suizid darstellt. Neben dem rechtzeitigen Tod wurden in der Antike auch andere Formen des guten Todes diskutiert<sup>33</sup>:

1. Der leichte Tod ohne vorhergehende Krankheit.
2. Der schnelle Tod mit zwei unterschiedlichen Untergruppen:
  - a) der leichte und schmerzlose schnelle Tod,
  - b) der schnelle Tod durch Feindeshand.
3. Der rechtzeitige Tod im Sinne eines frühzeitigen Todes, eines Todes in der Jugend.
4. Der Tod im vollen Lebensgenuss.
5. Der würdige Tod mit zwei unterscheidbaren Untergruppen:
  - a) der Tod nach tugendhafter Art (als Idealkonzept der Stoiker).
  - b) der ehrenvolle Tod im Kampf.

Die Auseinandersetzung darüber, ob eine absichtliche Tötung erlaubt ist, um einen guten Tod zu bekommen, wurde in der griechischen und römischen Antike sehr kontrovers diskutiert. Eine wichtige Rolle in der Argumentationskette spielt der Hippokratische Eid, übrigens zum Teil bis in die gegenwärtige Diskussion über Formen der Sterbehilfe. „Ich schwöre, Apollon den Arzt und Asklepios und Hygieia und Panakeia und alle Götter und Göttinnen zu Zeugen anrufend, daß ich nach bestem Vermögen



Abbild. 8, Erste Seite der 1808 erschienenen Schrift Reils, die die erste Verwendung des Wortes „Psychiatrie“ zeigt.

und Urteil diesen Eid und diese Verpflichtung erfüllen werde: Ich werde niemandem, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur dazu raten. Auch werde ich nie einer Frau ein Abtreibungsmittel geben. Heilig und rein werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren. Auch werde ich den Blasenstein nicht operieren, sondern es denen überlassen, deren Gewerbe dies ist. Welche Häuser ich betreten werde, ich will zu Nutz und Frommen der Kranken eintreten, mich enthalten jedes willkürlichen Unrechtes und jeder anderen Schädigung, auch aller Werke der Wollust an den Leibern von Frauen und Männern, Freien und Sklaven. Was ich bei der Behandlung sehe oder höre oder auch außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, werde

ich, soweit man es nicht ausplaudern darf, verschweigen und solches als ein Geheimnis betrachten. Wenn ich nun diesen Eid erfülle und nicht verletze, möge mir im Leben und in der Kunst Erfolg zuteil werden und Ruhm bei allen Menschen bis in ewige Zeiten; wenn ich ihn übertrete und meineidig werde, das Gegenteil“ Wichtig in unserem Kontext ist die Passage:

*„Ich werde niemandem, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen.“*



Abbild. 9, Casa del Menandro (Haus des Menander), Pompejanische Wandmalerei: Menander

Die klassische Archäologie und Philologie geht davon aus, dass dieses Verbot der aktiven Sterbehilfe als auch des assistierten Suizids, den Pythagoreern zuzuordnen sei. Die Pythagoreer waren bekannt für ihr sehr konservativ-aristokratische Herrschaftsauffassung.<sup>35</sup> Die Spartaner beispielsweise, auf die sich später auch die Nationalsozialisten beriefen, haben Tötungen erlaubt, welches am Beispiel des Infanzits erläutert wurde. Der Infanzid, also die Kindestötung, war nicht nur in der griechischen Antike, sondern

auch vielen anderen Kulturen erlaubt. Das berühmteste, uns gängige Beispiel ist die Aussetzung des Kindes Moses in der ägyptischen Kultur. Aber auch bei Platon finden wir Passagen in seiner Vorstellung eines Idealstaates, dass nicht nur missgestaltete Kinder, sondern auch unerwünschte Kinder von schwachen Eltern sowie Kinder von Männern, die das beste Zeugungsalter überschritten hatten, ausgesetzt oder getötet werden sollte. Diese Haltung wurde später als Begründung im Nationalsozialismus entsprechen genutzt und instrumentalisiert. Insgesamt setzt im 19. Jahrhundert ein Prozess ein, den Tod mehr und mehr zu bürokratisieren, medikalisieren sowie zu kommerzialisieren. Staat und Kommunen nahmen die Regelung aller Details in die Hand, immer regelmäßiger wurden Ärzte gerufen und das Sterben ins Krankenhaus verlegt. Parallel zu dieser Entwicklung im 19. Jahrhundert entstanden auch die Beerdigungsunternehmen als ein aufblühendes Gewerbe. Walter Benjamin beschreibt diese Entwicklung.

*„Im Lauf des 19. Jahrhunderts habe die bürgerliche Gesellschaft mit hygienischen und sozialen, privaten und öffentlichen Veranstaltungen einen Nebeneffekt verwirklicht, der vielleicht ihr unterbewusster Hauptzweck gewesen ist: den Leuten die Möglichkeit zu verschaffen, sich dem Anblick von Sterbenden zu entziehen.“<sup>34</sup>*

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts haben sich die ersten Ärzte für die aktive Sterbehilfe eingesetzt. Beispielhaft hierfür stehen Namen wie Christian Ludwig Mursinna, der als Chirurg an der Charité tätig war und Karl Georg Theodor Kortum aus Stolberg. Kortum schreibt 1800 nachdem er den schweren Todeskampf eines schwindsüchtigen Patienten miterleben muss:

*„und ist für einen solchen Kranken wohl irgend etwas zu wünschen übrig, als baldigste möglichst sanfte Auflösung? Eine mäßige Gabe Mohnsaft, z.B. 20 Tropfen Laudanum liq., kürzt einen solchen Todeskampf unfehlbar zum großen Wohl des Kranken ab, indem er die schwache Lebensflamme gänzliche auslöscht, und ist meiner Meynung nach solchen Fällen moralische erlaubt.“<sup>35</sup>*

Der große Gegenspieler zu der geforderten Euthanasie im Sinne einer aktiven Sterbehilfe war Christoph Wilhelm Hufeland. Hufeland zählt zu den typischen Vertretern der sog. Medizin der Romantik und gilt dort als Konservativer – Eklektiker. Mit Bezug auf den Hippokratischen Eid fordert er 1806:

*„jeder Arzt hat geschworen, nichts zu thun, wodurch das Leben eines Menschen verkürzt werden könnte. Wenn ein Kranker von unheilbaren Uebeln gepeinigt wird, wenn er sich selbst den Tod wünscht, wenn Schwangerschaft Krankheit und Lebensgefahr erzeugt, wie leicht kann da, selbst in der Seele des Besseren, der Gedanke aufsteigen: Sollte es nicht erlaubt, ja sogar Pflicht sei, jenen Elenden etwas früher von seiner Bürde befreien, oder das Leben der Frucht dem Wohle der Mutter aufzuopfern? So viel Scheinbares ein solches Raisonement für sich hat, so sehr es selbst durch die Stimme des Herzens unterstützt werden kann, so ist es doch falsche, und eine drauf gegründete Handlungswiese würde im höchsten Grade unrecht und strafbar. Sie hebt geradezu das Wesen des Arztes auf. Er soll und darf nichts Anderes thun, als Leben erhalten; ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Werth habe oder nicht, dieß geht ihn nichts an, und maßt er sich einmal an diese*

27 \* Maurer K; Maurer U (1999) Alzheimer. Das Leben eines Arztes und die Karriere einer Krankheit. (2. Aufl.) München, S. 9.

28 \* Elias N (2002) Über die Einsamkeit der Sterbenden. Humana conditio. S. 24.

29 \* Sich D (Hrsg.) (1986) Sterben und Tod. Eine kulturvergleichende Analyse. Verhandlungen der VII. Internationalen Fachkonferenz Ethnomedizin in Heidelberg, 5.-8.4.1984. Braunschweig/Wiesbaden, S. 30.

30 \* Zitat Goethe

31 \* Vgl. hierzu Stolberg M (2013) Die Geschichte der Palliativmedizin. Frankfurt/Main, S. 16.

32 \* Menander (1949) Die Komödien und Fragmente. Eingeleitet und übertragen von Günther Goldschmidt. Zürich. Hier entn. aus: Benzenhöfer U (2009) Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Göttingen, S. 13 f.

33 \* Benzenhöfer U (2009) Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Göttingen, S. 18.

34 \* [https://www.mh-hannover.de/fileadmin/kliniken/geburtshilfe\\_praenatalmedizin/download/Hippokratischer\\_Eid-Genfer\\_Gel\\_bnis.pdf](https://www.mh-hannover.de/fileadmin/kliniken/geburtshilfe_praenatalmedizin/download/Hippokratischer_Eid-Genfer_Gel_bnis.pdf)

35 \* Benzenhöfer U (2009) Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Göttingen, S. 34.

*Rücksicht mit in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und er Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate; dann ist einmal die Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Nothwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweis Progression, um den Unwerth und folglich die Unnöthigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden.“<sup>38</sup>*

Interessant an der Haltung von Hufeland ist die Dambruchargumentation, in der gegenwärtigen Diskussion sprechen wir von slippery-slope Argumentationen. Hufeland ist mit diesem Gedanken erstaunlich aktuell und hat eine Diskussionsgrundlage geschaffen, die auch heute noch gültig ist. Die Zahl der Veröffentlichungen, die eine aktive Sterbehilfe einforderten, stieg in der ersten Hälfte des 19. Jahrhundert an, aber die große Mehrzahl der Ärzte hat sich weiterhin gegen die aktive Sterbehilfe ausgesprochen. Die passive Sterbehilfe und auch die indirekte Sterbehilfe fanden dabei einen größeren Zuspruch. Übrigens wurde die passive Sterbehilfe als legitime ärztliche Leistung bereits in der frühen Neuzeit diskutiert.

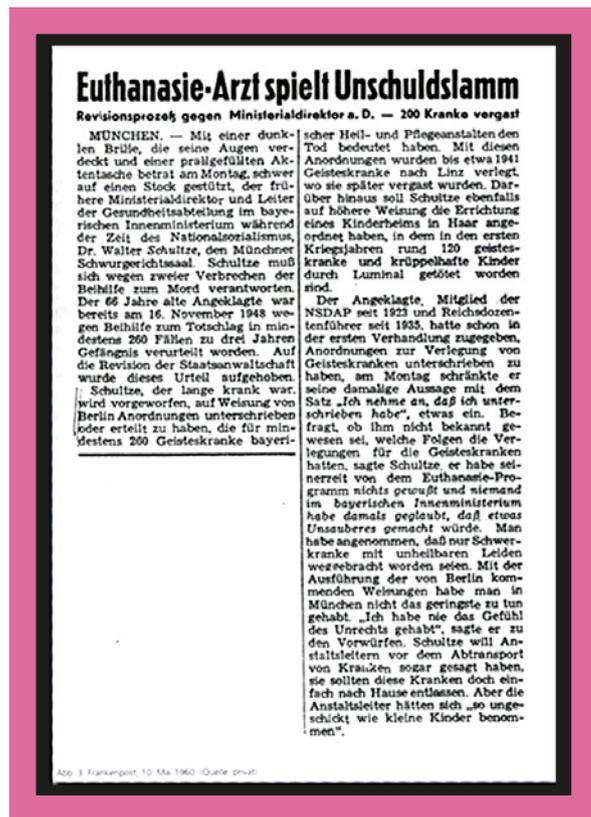


Abbild. 10, Wandmalerei aus der Synagoge von Dura Europos, Auffindung des Mose, 244/245 nach Christus

Um nicht in ein Dilemma zu geraten, kam es vielfach zu einem Behandlungsabbruch, so dass die behandelten Ärzte nicht mehr für den Verlauf der Krankheit verantwortlich gemacht werden konnten. Einen neuen Schub in die Diskussion brachte die Veröffentlichung von Charles Darwin. Aus ihr heraus entstanden die Theorien der Rassenhygiene und Eugenik. Bezogen auf die Diskussion der Sterbebegleitung sei kurz auf die Schrift von Adolf Jost verwiesen, in seiner 1895

veröffentlichten Schrift: Das Recht auf den Tod.<sup>39</sup> Jost war zu dem Zeitpunkt der Publikation 21 Jahre alt und fordert ein Recht auf den Tod bei unheilbar Kranken ein. Dabei bezieht er sich nicht nur auf unheilbar körperlich Kranke, sondern auch auf unheilbar Geisteskranke. Während bei den körperlichen Kranken eine Freiwilligkeit vorausgesetzt wird, gilt bei den Geisteskranken eine unfreiwillige Tötung. Dies findet sich auch bei Klaus Binding und Alfred Hoche, in deren Schrift von 1920: „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“<sup>40</sup>, finden wir den Ansatz von Jost wieder. Sie sprechen ebenfalls noch von einem Lebenswillen, den es bei unheilbar körperlich Erkrankten zu erkunden galt. Allerdings glaubten sie diesen Lebenswillen bei missgestalteten Kindern und älteren Geisteskranken per se nicht gegeben, so dass eine unfreiwillige

Tötung gerechtfertigt sei. Im Verlauf dieser akademischen und gesellschaftlichen Diskussion gab es immer wieder Versuche, eine entsprechende Gesetzesänderung durchzusetzen. Jeder Ansatz scheiterte und zementierte den Status quo. Interessant ist, dass nicht einmal die Nationalsozialisten es schafften, eine entsprechende Gesetzesänderung durchzusetzen. Aktive „Sterbehilfe“ und „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ blieben also ebenso wie die Tötung auf Verlangen strafbar. Dies hinderte einflussreiche Nationalsozialisten aber nicht daran, über die „Euthanasie“ im Sinne der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ nachzudenken. Die als „geheime Reichssache“ eingestufte Euthanasie, war nicht mal vor dem nationalsozialistischen Recht legitim. Die als Aktion T4 bekannte Maßnahme musste im Geheimen stattfinden, was aber kaum möglich war. Grafeneck, Brandenburg, Hartheim, Sonnenstein, Bernburg und Hadamar waren die Orte der Tötungen und Vernichtungen. In der Bevölkerung ließ sich das Euthanasieprogramm kaum geheim halten. Personen wie Bischof Clemens August Graf von Galen haben sicherlich dazu beigetragen, dass auch eine breite Öffentlichkeit zunehmend informiert war. Am 24.08.1941 wurde die Aktion T4 eingestellt, aber nicht grundsätzlich hinterfragt. Eine Vielzahl von Unterlagen belegen, dass nach einem Sieg des Krieges die Aktion fortgeführt werden sollte. Allerdings wurden danach die psychiatrischen Anstalten kaum noch mit Nahrung und Geld ausgestattet, so dass die Menschen regelrecht verhungerten. Während 1938 die Sterberate in Anstalten bei ca. 7% lag, stieg sie 1942 auf durchschnittlich 15%. Die Größe des Grauens und die Komplexität des Themas können im Rahmen dieser Tagung nur angedeutet werden. Doch mögen die wenigen Hinweise einen Eindruck vermitteln, in welchem Umfang Euthanasieprogramme realisiert wurde, bzw. realisiert werden sollten. Für die gegenwärtige Diskussion gilt es, diese Erbschaft stets mit zu bedenken, sie darf aber auch nicht falsch instrumentalisiert werden. Verdrängen dürfen wir dieses Problem aber auf keinen Fall. Die deutsche Nachkriegsgesellschaft hat viel Zeit gebraucht, um die Verbrechen in der Psychiatrie aufzuarbeiten. Damit komme ich zum Schluss und langsam in der Gegenwart an. Vor dem Hintergrund dieser kulturell gewachsenen Vorstellungen, Begrifflichkeiten und Ethiken ist es notwendig die derzeit gültigen Begrifflichkeit noch einmal differenziert darzulegen. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und gebe das Wort nun weiter an Professor Dr. Asmus Finzen.



Abbild. 11, Zeitungsartikel, Frankfurter Postzeitung, 10. Mai 1960

- **Tötung Schwerkranker (auch als »aktive Sterbehilfe« oder »aktive Euthanasie« bezeichnet, wobei »aktive Sterbehilfe« auf Verlangen und ohne Verlangen zu unterscheiden sind),**
- **Tötung behinderter oder schwerkranker Säuglinge (auch als »Früheuthanasie« bezeichnet),**
- **ärztlich assistierter Suizid (Beihilfe zum Suizid durch einen Arzt; hier liegt im Gegensatz zur »aktiven Sterbehilfe auf Verlangen« die »Tatherrschaft« beim Patienten),**
- **Abbruch bzw. Nichtaufnahme einer lebensverlängernden Behandlung bei nicht-einwilligungsfähigen Kranken bzw. Sterbenden (manchmal auch als »passive Sterbehilfe« oder »passive Euthanasie« bezeichnet),**
- **Beschleunigung des Todeseintritts als »unbeabsichtigte Nebenfolge« bei Schwerkranken durch die Gabe von schmerzlindernden oder beruhigenden Medikamenten (auch als »indirekte Sterbehilfe« bezeichnet),**
- **»Sterbehilfe« als Begleitung Sterbender (»Hilfe beim Sterben« im Sinne der Palliativmedizin).**

Abbild. 12  
Benzenhöfer U (2009) Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe.<sup>41</sup>

36 \* Benjamin W (2007) Der Erzähler. Betrachtungen zum Werk Nikolai Lesskows. In: (ders.) Erzählen - Schriften zur Theorie der Narration und zur literarischen Prosa. ausgewählt und mit einem Nachwort von Alexander Honold. Frankfurt/Main, S. 113.

37 \* Hohendorf G (2013) Der Tod als Erlösung. Geschichte und Ethik der Sterbehilfe seit dem Ende des 19. Jahrhunderts in Deutschland. Göttingen, S. 30.

38 \* Hohendorf G (2013) Der Tod als Erlösung. Geschichte und Ethik der Sterbehilfe seit dem Ende des 19. Jahrhunderts in Deutschland. Göttingen, S. 30.

39 \* Jost A (1895) Das Recht auf den Tod: Sociale Studie. Göttingen.

40 \* Binding K; Hoche A (1920) Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig.

41 \* Benzenhöfer U (2009) Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Göttingen, S. 9.

**Die letzte Lebenszeit medizinisch gut begleiten.  
Prof.Dr.med. Asmus Finzen (Psychiater,  
Nervenarzt und Wissenschaftspublizist,  
ehem. leitender Krankenhausarzt in  
Deutschland und der Schweiz)**

Vielen Dank für die Einführung. Sie können daraus entnehmen, dass das Einzige was ich nicht gemacht habe, war, mich gründlich mit der Altersmedizin zu beschäftigen. Damit habe ich erst vor ein paar Jahren angefangen. Vielleicht deshalb, weil ich selbst alt geworden bin. Es ist allgemein ein Phänomen, dass die Medizin einen Bogen um das Alter gemacht hat. Medizinische Ausbildung konzentriert sich auf die Akutmedizin. Man hat entweder gesund zu werden, oder zu weichen. So ist die Devise gewesen. In früheren Zeiten sind sehr viele Menschen an akuten Erkrankungen, die man heute natürlich heilen kann, wie z.B. die Lungenentzündung, gestorben. Die chronische Medizin hat man aber möglichst weit von sich gewiesen. Und auch heute ist es so, dass in medizinischen Praxen chronische Krankheiten vorherrschen. Aber die Altersmedizin steckt noch immer in den Kinderschuhen. Vielleicht ist das auch so, weil Hausarztpraxen und internistische Praxen heute eigentlich altersmedizinische Praxen sind, ohne dass das so gesagt wird. Das Durchschnittsalter der Patienten in solchen Praxen liegt in etwa bei meinem Alter, also so um die 70 Jahre.

Das Thema, das Sie mir vorgegeben haben, ist eigentlich ein anderes als das, worüber wir hier heute diskutieren. Die letzte Lebenszeit medizinisch begleiten. Wann fängt aber die letzte Lebenszeit an? Ich würde mich da jetzt selber einordnen. Aber wann hat die letzte Lebenszeit z.B. bei einem Menschen wie Helmut Schmidt begonnen, die wohl in etwa 20 Jahre gedauert hat. Das ist eine Strecke, in der Menschen in der Tat medizinisch begleitet werden müssen. Eine gute medizinische Begleitung sorgt auch für bessere Lebensqualität im Alter. Wenn man weiß, dass Menschen über 60 heute im Durchschnitt fünf Medikamente bekommen und einnehmen, dann fasst man sich als jemand, der sich mit Pharmakotherapie auskennt, an den Kopf und denkt: Das kann doch nicht wahr sein! Das macht die Leute dann doch erst richtig krank! Ich kenne aus dem Bekannten-, aus dem Freundeskreis Menschen, die täglich fünf Medikamente bekommen - das ist eine ganze Menge. Dabei ist die Interaktion von den Medikamenten überhaupt nicht zu überschauen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit würde es vielen Patienten besser gehen, wenn sie weniger Medikamente bekämen. Klar, Diabetes muss man behandeln! Das wirkt auch demenzprophylaktisch. Hohen Blutdruck muss man

behandeln, das wirkt auch demenzprophylaktisch und damit ist es aber eigentlich auch schon getan. Das ist alles, was nötig zu tun ist, wenn ein Mensch diese Erkrankungen hat. Im Grunde greift die Altersmedizin direkt ein in die Alterspflege. Darum möchte ich auch, dass unsere Vorträge gemeinsam diskutiert werden. Es geht, auch aus ärztlicher Sicht, um die Vermittlung eines Bildes von gesunder Lebensführung. Gesunde Ernährung, Vermeiden von Überlastung, sich viel bewegen – das ist das Wichtigste: laufen, laufen, laufen oder schwimmen, schwimmen, schwimmen! Nicht Leistungssport, sondern ganz gewöhnliche Alltagsbewegung. Ansonsten werden Erkrankungen im Alter genauso behandelt wie Erkrankungen in jüngeren Lebensjahren. Deswegen könnte man eigentlich sagen, man braucht keine spezielle Altersmedizin.

Aber das ist doch nicht ganz richtig, denn der Stoffwechsel z.B. verlangsamt sich beim älteren Menschen. Ein Medikament, welches bei einem 30 bis 40 Jährigen nach 12



Prof. Dr. med. Asmus Finzen

Stunden zur Hälfte ausgeschieden wird, dazu gehören z.B. alle gängigen Tranquilizer, Valium benötigt sogar 24 Stunden, dauert bei einem 60 bis 70 Jährigen doppelt so lange. Wenn also jemand Valium einnimmt und das tun sehr sehr viele Menschen im Alter, dann bedeutet das, dass nach 48 Stunden erst die Hälfte weg ist. Das heißt dann kumuliert diese Menge an Wirkstoffen und wird immer mehr und dann haben diese Medikamente insofern tatsächlich eine gefährliche Wirkung, als dass sie die Neigung zu stürzen, sich zu verletzen, Knochen zu brechen, vervielfachen. Aber heute kann man hier auch sehr viel leisten, was früher nicht möglich war. Zu meiner Zeit war ein Oberschenkelhalsbruch eine fast tödliche Diagnose, weil das damals nicht genagelt werden konnte. Heute ist das natürlich anders.

Hausärztliche Begleitung ist heute wichtig. Eine vertrauensvolle Beziehung zu jemandem aufbauen ist wichtig. Allerdings ist das in der heutigen Medizin nicht immer gewährleistet, eher selten geworden. Das ist ein besonderes Problem im deutschen Gesundheitswesen. In Deutschland gehen Menschen im Durchschnitt etwa 19 Mal zum Arzt. In Norwegen vier Mal. Die meisten von denen, die 19 Mal zum Arzt gehen, die sehen den Arzt in der Praxis nicht jedes Mal, oder nur ausnahmsweise. Die Konsequenz ist, dass, obwohl wir so viele Ärzte haben, wie noch nie zuvor, fast 400.000, die Ärzte keine Zeit haben, um mit dem Patienten zu sprechen. Aber diese Zeit zu haben für den Patienten, die ist ein ganz wichtiger Anteil von einer guten ärztlichen Betreuung – im Alter noch mehr, als in jüngeren Jahren. Sie ist auch notwendig, damit der Arzt Entwicklungen verfolgen kann. So dass er beispielsweise auch eine beginnende Demenz erspürt, bevor sie klinisch diagnostizierbar ist. Das ist der eine Aspekt, den wir hier behandeln wollen. Beim zweiten geht

es um die demenzielle Erkrankung an sich, beim dritten Aspekt schließlich geht es um die vielfältigen ethischen Fragen, die bei der Sterbehilfe, bzw. in der Sterbephase von Bedeutung sind; wann immer diese auch anfangen mag. Das ist letztes Jahr, eigentlich in den letzten beiden Jahren, ein heftig diskutiertes Thema gewesen, bei dem es hieß, der Minister wolle die Sterbehilfe verbieten, was natürlich völliger Unsinn ist! Die Hilfe beim Sterben ist eine vornehme ärztliche und pflegerische Aufgabe. Was verboten ist und was verboten sein soll ist meiner Meinung nach die Euthanasie, die freiwillige oder unfreiwillige Tötung von Kranken auf deren Verlangen oder gar ohne deren Verlangen. Das eine ist mit bis zu fünf Jahren Gefängnis versehen, das andere mit lebenslanger Haft. Ich sehe auch keinen Anlass, die zu ändern.

Was verboten werden sollte, ist die Beihilfe zum Suizid. Wenn Sie sich das Gesetz anschauen und was dabei herausgekommen ist, dann ist das so, als hätte der Berg eine Maus geboren, denn die individuelle Suizidhilfe ist nach wie vor erlaubt. Sie dürfen also als Angehöriger, jenem, der sich das Leben nehmen will, helfen. Was schwierig ist, ist ein tödliches Medikament zu bekommen. Das ist illegal. Ein Arzt darf das nicht verschreiben. Ärzte dürfen nach ihrer Berufsethik in 12 von 16 Bundesländern keine Suizidhilfe leisten. Das ist letztlich Juristenfutter und da wird sich dann zeigen, ob das neue Gesetz, der §217 Strafgesetzbuch, Vorrang hat vor der ärztlichen Standesordnung. Ich denke ja, aber auf jeden Fall sind die Ärzte verschüchtert.

So, aber zurück zum Thema Demenz und dem Umgang damit. Sie merken, wir reden von der Demenz und nicht von der alzheimerischen Erkrankung, obwohl im Alltag allgemein von Alzheimer geredet wird. Das hat damit zu tun, dass die Alzheimer-Demenz die häufigste ist. Es gibt aber auch noch andere und es ist wichtig, diese zu unterscheiden. Das eine ist die Demenz durch Gefäßerkrankungen, das andere sind Demenzen, die durch körperliche Erkrankungen gefördert werden können, ohne zunächst erklären zu können, was die Ursache, bzw. der Grund dahinter ist. Große chirurgische Eingriffe wie Gelenktransplantationen oder Operationen am Herzen, wie z.B. Bypass Operationen, führen häufig dazu, dass gefährdete Menschen, die eigentlich viele Jahre geistig gesund hätten leben können, in eine Demenz, die vielleicht erst später gedroht hätte, abgleiten. Da gehe ich dann doch noch einmal auf das zurück, was Herr Meyer gesagt hatte. Es spielt auch der Zeitgeist und wie etwas angeschaut wird eine Rolle. Als ich noch studiert habe und auch während meiner frühen Facharztzeit, da redete man nicht von der Demenz, sondern von der Arterienverkalkung. Die Leute hatten dasselbe, aber man glaubte, eine Ursache zu kennen; nämlich die Arterienverkalkung.

Man hat eine Therapie dafür gehabt, Medikamente entwickelt und Infusionen gegeben, um die Gehirndurchblutung zu verbessern. Das hat vielleicht einen Placeboeffekt gehabt, aber es hat die Demenz letztlich nicht verändert, nicht beeinflusst. Lange

gab es gegenüber diesem Krankheitsbild eine fatalistische Haltung in der Medizin. Die Ärzte haben sich nicht genug darum gekümmert. Bestes Beispiel dafür ist Klaus Dörner und Ursula Plog's Buch, „Irren ist menschlich“, wo die Arterienverkalkung noch in der vierten Auflage fortgeschrieben wurde, als man schon längst von alzheimerischer Erkrankung und von vaskulärer Demenz sprach. Auch die Progressiven unter uns sind also nicht davor gefeit, auf einem oder auf beiden Augen blind zu sein, wenn es um bestimmte Aspekte der Medizin geht.

Diese allgemein verbreitete Haltung hat dazu geführt, dass die Medizin überhaupt nichts gemacht hat. Sie hat die Patienten so schnell wie möglich in Pflegeheime abgeschoben, ich nenne das einfach mal so, und hat sich um das weitere Schicksal nicht gekümmert. Die Initiativen, sich um die Patienten in den Heimen besser zu kümmern und zu sorgen, sind nicht von den Ärzten gekommen. Die sind von Angehörigen gekommen oder von allgemeinnützigen Organisationen, die als Kleinträger fungiert haben. In den alten psychiatrischen Anstalten war es noch so, dass die Patienten bis zu ihrem Lebensende dort bleiben konnten. Aber sie (die Heime) waren völlig davon überfordert und aktive Behandlung wurde entsprechend auch nicht geleistet. Diese fatalistische Haltung ist in der Bevölkerung auch weiterhin sehr verbreitet. Nach dem Motto: Bei Alzheimer kann man sowieso nichts machen. Gunter Sachs hat sich erschossen, als er befürchtete, er könne eine alzheimerische Erkrankung haben. Patienten mit einer solchen Erkrankung sind nach wie vor stigmatisiert. Wenn Sie einmal überlegen, was dem armen Rudi Assauer alles passiert und wie er in der Boulevard Presse zum Gespött der Nation gemacht wird. Das ist eine massive Stigmatisierung! Man hat, wenn man das so betrachtet, gute Gründe Angst zu haben.

Aber es hat in den letzten Jahren eine Wende in der Demenzmedizin gegeben, bzw. in der Demenzpsychiatrie. Die Wende hat unter anderem auch darin bestanden, dass sich nun mehrere medizinische Disziplinen um die Demenz streiten: die innere Medizin, die Neurologie und die Psychiatrie. Die psychiatrische und die neurologische Fachgesellschaft haben gerade vorletzte Woche neue Leitlinien zur Behandlung von Demenz vorgestellt. Die erste Wende in der Demenzmedizin hatte schon in den 90er Jahren angefangen. Da hat die Industrie uns glauben machen wollen, dass sie Antidementativa, also Anti-Alzheimer Medikamente entwickelt hat und hat Milliarden Geschäfte damit gemacht. In den Leitlinien von 2016 kommen diese Medikamente jetzt nur noch am Rande vor, als Medikamente mit einer schwachen Evidenz. Das bedeutet faktisch, man solle es lieber lassen. Die Patienten haben eher Schaden als Nutzen davon. Die gleiche schwache Evidenz gilt übrigens auch gleichermaßen für Ginkopräparate. Diese Riesenkampagne um den Verkauf nicht wirksamer Präparate hat allerdings das gleiche bewirkt, wie wir es schon aus der Schizophreniebehandlung Ende der 30er und 40er Jahre kennen, als die Insulinschocktherapie eingeführt wurde. Da wurde plötzlich die

Aufmerksamkeit auf die Patienten gelenkt. Man dachte die Therapie würde helfen, hat sie dann doch nicht, aber die Einstellung der Therapeuten zu ihren Patienten hatte sich geändert. Das Gleiche ist in der Demenzmedizin passiert – die Einstellung der Ärzte hat sich geändert: Man will nicht kapitulieren, man will nicht aufgeben. Und weil man im Moment keine wirksamen Therapiemöglichkeiten hat, legt man in den Leitlinien Gewicht auf Prävention – das kann man auch in späteren Lebensjahren noch machen. Die Prävention besteht hauptsächlich in gesunder Lebensführung und in der Behandlung chronischer Krankheiten wie Diabetes und Bluthochdruck. Man weiß, dass man den Beginn von Demenzerkrankungen dadurch hinausschieben kann. In der Prävention wird deshalb nun Gewicht auf psychosoziale Hilfen gelegt und zwar nicht nur im palliativen Sinn. Schon bei beginnender Demenz sollen psychosoziale Hilfen eingesetzt werden, im Sinne von Training mit dem Umgang der Symptomatik und den Einschränkungen der Demenz, die ja i.d.R. langsam fortschreitet. Das bedeutet letztlich, dass über Jahre mehr Selbstständigkeit gewährleistet ist und dass soziale Kompetenzen geprägt werden, die in jüngeren Generationen eine Selbstverständlichkeit sind, bei älteren Menschen aber keineswegs. Solche Hilfen werden als Begleitung bis zum Lebensende gefordert und erleichtern das Schicksal und verbessern das Leben von Demenzkranken.



Es gibt eine Konsequenz daraus, die für mich persönlich von größtem Interesse ist: Die Fachgesellschaften fordern etwas, was bis vor kurzem niemand wollte – zu wissen, ob man eine Demenz bekommen kann oder nicht! Man weiß heute nämlich, je früher man die Demenz diagnostiziert, besser noch, wenn man das Risiko diagnostizieren kann, ist die Prognose umso besser, weil präventive Maßnahmen und psychosoziale Hilfen besser greifen können. Die meisten Kranken werden nicht rechtzeitig, nicht frühzeitig diagnostiziert. Die meisten werden gar nicht diagnostiziert, sondern erst, wenn sie schusselig werden und starke geistige Ausfälle haben. Dann wird die Diagnose einfach gestellt. Da wo die Diagnose gestellt wird, wird eine Mikropunktion am Rückenmarkskanal gemacht, man wird ins MRT geschoben, ein belastendes Verfahren, das nicht sehr viel an Diagnosesicherheit bringt. Sicherheit bringt es erst, wenn die Krankheit schon sehr ausgebildet ist, wenn auch schon der blindeste Arzt die Diagnose aufgrund seiner Untersuchung stellen kann. Man weiß heute aber, dass es Stoffe im Blut gibt, die

sich aufbauen - bis zu 20 Jahre bevor die Krankheit beginnt. Das ist ein Ansatzpunkt dafür, dass man ganz früh, im Anfangsstadium, die Krankheit erkennen kann und die Frühdiagnose mit einem Milliliter Venenblut absichern könnte, wenn es eine solche Untersuchung gäbe. Es sind nun drei internationale Gruppen dabei, solche Tests zu entwickeln. Ich bin auch in einer beteiligt. Eine gute Freundin von mir hat mich vor ein paar Jahren davon überzeugt, dass das etwas wäre. Wir haben keine Geldgeber gefunden, aber beide unsere Altersersparnisse investiert. Schließlich haben wir dann einen gemeinnützigen Fonds als Unterstützer gefunden. Ich bin nun medizinischer Berater



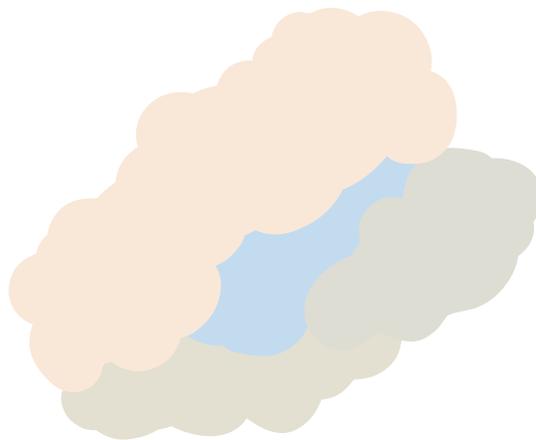
der Gesellschaft mit Sitz in Henningsdorf und habe dabei einiges über Demenz gelernt. Ich gehöre zu denjenigen die sagen: Frühdiagnostik, ja! Das sagen nun auch die beiden Fachgesellschaften. Der Patient hat ein Recht auf Frühdiagnostik – das Recht auf „Nicht-wissen-wollen“ bleibt davon allerdings unberührt. Nur wenn die Krankheit frühzeitig diagnostiziert wird, wird es auch möglich sein, Medikamente dagegen zu entwickeln. Denn dann, wenn die Krankheit voll ausgeprägt ist, sind die Ausfälle, die wir haben, irreversibel. Was der Test noch kann ist, Differenzialdiagnosen zu

machen zwischen Gefäßerkrankungen, gegen die man heute schon ganz viel machen kann - man kann sie zum Stillstand bringen – und er kann sie gegen Scheindemenzen, die im Alter häufig sind und die von Depressionen bestimmt werden, unterscheiden. Wenn also Gunter Sachs diesen Test gemacht hätte, hätte er es vielleicht gelassen. Aber das weiß man nicht. Wir haben uns über lange Zeit den Mund fusselig geredet, um Leute für diesen Test zu interessieren; aber das will doch niemand wissen, hieß es immer. Wir müssen aber dafür sorgen, dass es Leute wissen wollen, weil man dann nämlich eine ganze Menge tun kann!

Ich möchte nun noch ganz kurz auf die ethischen Fragen eingehen, wenn Demenz vorhanden ist. Das kann man eigentlich nicht ganz kurz. Da kann ich dann eigentlich nur mein Buch empfehlen. Bei Interesse schicke ich Ihnen das gern zu. Die ethischen Fragen sind eigentlich einfach: Aktive Sterbehilfe ist nicht erlaubt. Suizidhilfe ist auch nicht erlaubt, wenn der Mensch nicht selbstbestimmungsfähig ist. Das fiel dann unter aktive Sterbehilfe. Aber es gibt die Patientenverfügung, die auch nicht die Suizidhilfe erlauben kann und auch nicht die aktive Sterbehilfe, dafür aber den Abbruch von Behandlung.

Es stellt sich also die Frage, und das bewegt mich das Thema, wann beginnt die Phase des Sterbens? Wann beginnt die Phase, in der man Hilfe beim Sterben leisten kann? Hilfe beim Sterben besteht darin, dass keine Maschinen mehr eingesetzt werden, um das Leben zu erhalten und dass ärztliche Handlungen, die nicht mehr sinnvoll sind, abgebrochen werden. Ein Patient kann also in seiner Patientenverfügung bestimmen, dass er z.B. bei einer Lungenentzündung keine Behandlung mit Antibiotika mehr haben will. Er kann auch verfügen, und da wird es ethisch ganz kritisch, dass er nicht mehr künstlich ernährt wird über PEG (Anmerkung der Redaktion: PEG=ein endoskopisch angelegter künstlicher Zugang von außen in den Magen). PEG ist eine einfache, künstliche Ernährung von außen. Meine Frau ist vier Monate im Koma gewesen und ist so ernährt worden. So hat man ihr das Leben gerettet. Aber wenn das dauerhaft ist, und (Demenz)Patienten werden immer häufiger mit solchen Instrumentarien versehen, kann man das untersagen. Das wird dann schwierig. Denn dagegen stellen sich oftmals Menschen, die sie (den Menschen) lange gepflegt haben, oder Angehörige. Ich will nur sagen: Das ist eine massive ethische Frage, die sich zuspitzen wird in den nächsten Jahren und wir müssen das intensivst diskutieren. Immer in dem Bewusstsein, keine Euthanasie, also keine Krankentötung und auch keine Suizidhilfe zu erlauben. Das muss man den Leuten immer wieder klar und deutlich sagen. Patientenverfügungen gibt es zwar schon seit fünf bis sechs Jahren, aber sie greifen noch nicht überall und nicht richtig. Die meisten Leute etwa, die in Altenpflege kommen oder die, die an Demenzerkrankungen leiden, haben keine und oft auch keine Bevollmächtigten. So, nun habe ich mein Zeit wohl ausgeschöpft und mache Schluss. Vielen Dank!

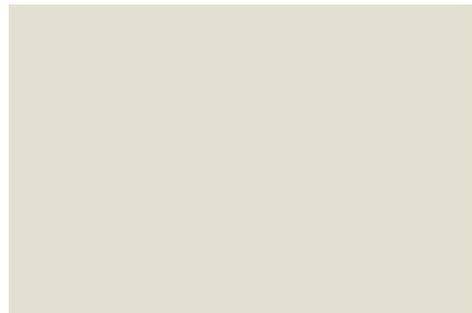
---



# Impressionen



# FAW Forum



**Gute Pflege und Betreuung am Lebensende.  
Gespräch: Sabine Sack (Krankenschwester,  
Palliative Care, Ltd. Koordinatorin Hospizdienst  
Palliative Geriatrie, Unionhilfswerk, Berlin) und  
Gabriele Lang (Dipl. Sozialarbeiterin,  
Systemischer Coach SG)**

Herzlichen Dank, liebe Frau Sack, dass Sie heute gekommen sind und mit uns Ihr Wissen und Ihre langjährige Erfahrung zum Thema „Pflege und Betreuung am Lebensende“, teilen. Als erstes interessiert mich, liebe Frau Sack, was Sie als leitende Koordinatorin im Hospizdienst tun. Was gehört zu Ihren Aufgaben? Was machen Sie täglich?

Die eigentlichen Leitungsaufgaben lasse ich mal weg, diese kann sich wahrscheinlich jeder denken. Aber ich gehe näher auf die Arbeit als Koordinatorin ein. Wir haben mittlerweile zwei Hospizstandorte, einen in Reinickendorf und einen in Treptow. In dem Standort in Reinickendorf betreuen wir ambulant in Zusammenarbeit mit einer onkologischen Praxis viele krebskranke Patienten in ihrer häuslichen Umgebung und kooperieren außerdem mit trägerexternen Pflegewohnheimen. In unserem Standort in Treptow begleiten wir überwiegend schwerkranke, hochbetagte und demenziell erkrankte Menschen und ihre Angehörigen in ihrer letzten Lebensphase in Pflegewohnheimen des Unionhilfswerk. Unser Träger hat sich mittlerweile verstärkt der Entwicklung der Altershospizarbeit in seinen fünf Pflegewohnheimen verschrieben.

Wir als Koordinatoren führen Erstbesuche bei den Schwerkranken durch und vermitteln geschulte ehrenamtliche Hospizbegleiter. Zusätzlich bieten wir in der Palliativpflege Beratungen an – sei es für Betroffene und Angehörige, aber auch für Pflegepersonal. Das heißt, dass wir ins Gespräch mit den Pflegenden gehen, schauen, wie ist derjenige versorgt. Wir geben Ratschläge und Tipps, wie z.B.: Gibt es z.B. einen Hausarzt, der da mit im Boot ist? Braucht es weitere Vernetzung? Ist der Patient schmerztherapeutisch gut versorgt? usw. Bei Bedarf können wir ein spezialisiertes ambulantes Pflege-Team dazu vermitteln, das beratend oder versorgend zur Seite steht und ins Haus kommt. Wir können auch Palliativmediziner empfehlen. Diese Beratung ist ein großer Teilbereich unserer Aufgaben. Dann geht es aber natürlich auch um die Gewinnung und Schulung von Ehrenamtlichen, als eines unserer Hauptaufgabengebiete. Wir schulen ehrenamtliche Hospizbegleiter bei uns vor Ort acht Monate lang, jeweils ein Wochenende im Monat in einem zeitaufwendigen Vorbereitungskurs. Das ist ein wirklich umfangreiches

Programm, für das wir auch erst einmal Menschen finden müssen, die sich freiwillig engagieren. In einem Praktikum in den Pflege- Einrichtungen sammeln die Ehrenamtlichen erste Erfahrungen, bevor wir sie dann schließlich nach Kursabschluss in die ehrenamtliche Lebens- und Sterbebegleitung vermitteln. Es gibt zusätzlich noch so viele weitere Dinge von Öffentlichkeitsarbeit bis Fortbildungen in den Einrichtungen, mit denen wir kooperieren. Fortbildungen z.B. zur Schmerztherapie oder zur Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung bei Menschen mit Demenz. Für diese und andere Themen, eben das was angefragt wird, bieten wir auch zusätzliche Schulungen an. Dazu kommt dann noch die Vertretung in Gremien und die Verbandsarbeit; ein weites Feld.

Also geht es inhaltlich viel um Beratung. Wenn Menschen Sie anfragen, kommen Sie in den häuslichen Kontext sowie in Einrichtungen und stehen als Beraterin zur Verfügung. Schult der ambulante Hospizdienst auch Einrichtungen außerhalb des Unionhilfswerkes?

Nur im Rahmen einer Kurzfortbildung. Wenn sich ein Kunde dafür interessiert, ehrenamtliche Sterbebegleiter einzusetzen, die bei uns im Hospizdienst ausgebildet werden, bieten wir ihnen an, selbst Ehrenamtliche dafür zu gewinnen. Diese kommen dann zu uns in die Kurse und wir können sie dann wiederum speziell in diese Einrichtungen schicken, wenn dort Anfragen sind und die Ehrenamtlichen es so wünschen. Sie werden bei uns im Hospizdienst geschult und fachlich begleitet. Denn der Sinn des Ganzen ist ja, dass sie fortlaufende Praxisanleitung erfahren. Wir Koordinatoren sind ständige Ansprechpartner für die Ehrenamtlichen. Wir geben praktische Anleitung und Supervision und wir koordinieren die Einsätze. Das ist eine unserer Hauptaufgaben.

Vielen Dank. Ich würde gern noch einen kleinen Schlenker machen, bevor wir zu den Schnittstellen kommen, die Herr Finzen angesprochen hat und die mit unserer Veranstaltung heute zu tun haben. In unserer heutigen Tagung geht es ja um Lebensqualität für Menschen mit Demenz am Lebensende. Es gab da eine interessante Entwicklung bei der Planung dieser Veranstaltung. Es wurde nämlich der Begriff „Lebensqualität“ ziemlich kontrovers diskutiert. Manche empfanden ihn als zynisch in diesem Kontext von Sterben, von Lebensende. Frau Sack, wie wirkt der Begriff „Lebensqualität“ am Lebensende, im Sterbeprozess auf Sie?

Gut!

Gut?! Können Sie uns ein bisschen erzählen weshalb?

Ja, sehr gern. Wir, die wir im Hospizdienst, in der Pflege arbeiten, orientieren uns ja immer an den Wünschen und den individuellen Bedürfnissen des Menschen. Unser

Hauptaugenmerk liegt darauf, im Alltag, tagtäglich neu, eine gute Lebensqualität für diese Menschen zu ermöglichen! Durch z.B. eine symptomlindernde Behandlung und durch vielfältige Angebote, am Alltag teilzunehmen. Das ist das, was unsere Arbeit letztendlich ausmacht. Jeden Tag die bestmögliche Lebensqualität zu fördern und herzustellen, ist das A und O der Palliativmedizin. Cicely Saunders, die Begründerin und Pionierin der Hospizbewegung, hat das mit dem Satz „Nicht dem Leben mehr Tage geben, sondern den Tagen mehr Leben“ auch essentiell ausgedrückt. Das trägt uns in unserer Arbeit und darauf ist unser Hauptaugenmerk auch ausgerichtet.

Man könnte also sagen, Lebensqualität hat in jeder Phase des Lebens eine andere Qualität, einen anderen Inhalt ... aber auf jeden Fall auch im Sterbeprozess.

Ja, aber diese Bedeutung kann für jeden etwas anderes sein. Das kann etwas Gutes zu essen sein, oder überhaupt essen zu können. Das kann auch eine Begegnung sein. Eigentlich sind es die kleinen Freuden des Alltags, die Lebensqualität ausmachen. Wir haben bei uns im Unternehmen eine Stiftung und einmal ging es darum, dass die Stiftung gern spenden und Menschen einen letzten Wunsch erfüllen wollte. Wir sollten also Menschen finden, die in ihrer letzten Lebensphase, in ihrem Sterbeprozess noch letzte Wünsche haben, die die Stiftung auf Antrag finanziert hätte. Unser Problem war aber, dass wir nie Menschen gefunden haben, denen wir etwas „Kostspieliges“ als letzten Wunsch schenken konnten. Denn die Wünsche waren anders. Es waren die kleinen Dinge des Lebens, die zu erfüllen waren. Noch einmal schmerzfrei mit in den Garten zu kommen, oder noch einmal jemanden wieder zu sehen, den man lange nicht gesehen hatte; sich zu verabschieden. Es ging um solche Dinge und nicht um die großen, zu bezahlenden Dinge.

Danke schön! Sie betreuen ja Menschen mit Demenz und Menschen ohne Demenz am Lebensende. Bedeutet es eine besondere Herausforderung, Menschen mit Demenz auf diesem letzten Lebensweg zu begleiten? Brauchen Menschen mit Demenz eine besondere, bzw. eine andere Betreuung?

Erst einmal möchte ich sagen, wir widmen uns jedem Menschen gleich. Wir bieten an, auf jeden Menschen möglichst gut einzugehen. Man sollte vorab, vor der Demenz, vielleicht noch unterscheiden in der Behandlung von jungen Menschen, die evtl. an Krebs erkrankt sind und der hochbetagter Menschen. Was Sie eben sagten, Herr Finzen, dass die Menschen an einer Vielzahl von chronischen Erkrankungen leiden und eine Vielzahl von Medikamenten über sie ergossen wird und sie an den Nebenwirkungen leiden, das stimmt und das beeinträchtigt hochbetagte Menschen natürlich noch viel mehr. Das muss man wissen und dabei sind viele Dinge zu berücksichtigen, auch in der medikamentösen Schmerztherapie zum Beispiel. Bei demenziell erkrankten Menschen ist

das generelle Oberthema jedoch „Kommunikation, Kommunikation, Kommunikation“ wie Honorarprofessorin Dr. Dr. Marina Kojer aus Wien das immer so schön sagte. Die Hürde für demenziell erkrankte Menschen ist es, ins Gespräch zu kommen. Die verbale Kommunikation geht verloren, d.h., wir müssen anders auf sie zugehen können. Beispielweise mit der Technik der Validation, dass wir versuchen uns ihrer Lebenswelt anzupassen und sie in ihren Gefühlen dort abholen, wo sie stehen. Das ist tatsächlich die größte Herausforderung und auch das, was anders ist als bei nicht-demenziell erkrankten Menschen. Wir müssen lernen, uns auf ihre Ebene zu begeben, um dann auch entsprechend helfen zu können.

Helfen bedeutet also zum einen Schmerzen lindern und ins Gespräch kommen. Daneben bedeutet hospizliche Begleitung ja auch, dem sterbenden Mensch in der Begegnung zur Verfügung zu stehen. Macht es hier einen Unterschied, Menschen mit und ohne Demenz zu begleiten?

Ja, natürlich. Es ist eine größere Herausforderung für die Ehrenamtlichen, demenziell erkrankte Menschen zu begleiten, als Menschen, die sich noch äußern können. Auch unsere Mitarbeiter, die ganz am Anfang stehen nach den Kursen, sagen: Am liebsten hätten sie jemanden, mit dem man sprechen kann, ins Gespräch kommen kann; einen Menschen, der noch Dinge des Lebens zu klären hat, wo man gut mithelfen und unterstützen kann; zwischen Angehörigen vermittelt, vielleicht noch einmal spazieren geht, vorliest. Also letztlich sehr aktiv sein kann, auch im Gespräch.



Sabine Sack, Gabriele Lang

In unseren Schulungen, in denen es speziell auch um die Begleitung demenziell erkrankter Menschen geht, müssen die Ehrenamtlichen lernen, sich auszuprobieren, sich der Thematik anzunähern und mit sehr viel Respekt zu schauen, wie kann ich mich jemandem nähern, der sich vielleicht schon sehr in sich zurückgezogen hat, der bettlägerig ist, nicht mehr kommuniziert. Da kann es vielleicht ein kleines Lied sein, das Summen eines Volksliedes, oder eine Berührung, wenn das gemocht wird, z.B. über kleine Massagen. Ich sage immer, „Ehrenamtliche sind Fachleute des Alltäglichen“. Die Helfer bringen den Alltag zu den Menschen in die Häuser und Heime. Da kann es auch einmal der Duft von Himbeeren sein, der dann einen Zugang bietet. Zudem spielt die Biografie eine große Rolle. Je mehr die Angehörigen und auch wir wissen, umso mehr Anknüpfungspunkte haben wir natürlich. Daher ist auch hier das Gespräch zwischen Angehörigen und Pflegenden sehr wichtig!

Vielen Dank. Als nächstes wäre es schön, wir könnten uns der schwierigen Frage ein bisschen nähern, wenn Menschen sagen, „Ich möchte keine Behandlung mehr.“; entweder über die Patientenverfügung oder wenn Menschen diese Entscheidung selbst noch ermessen können. Wie ist das nun bei Menschen mit Demenz? Wie äußern sie desbezüglich ihren Willen? Wie merken Sie, dass sie sterben wollen? Wird über sie entschieden, oder gibt es auch da eine Möglichkeit, dass diese Menschen ihren eigenen Willen mitteilen können?

Vielleicht greife ich da doch noch einmal vor und sage auch noch etwas zu meinem Vordrner. Was wir in unseren Fortbildungen lehren, in der „Palliative Praxis“, eine Fortbildung nach dem Curriculum der Robert Bosch Stiftung, da gibt es etwas, was wir von Anfang an sagen: Wenn z.B. jemand in ein Pflegeheim einzieht oder in eine WG aufgenommen wird, ist es wichtig, dass das Ende von Anfang an mit bedacht wird. Es hat etwas mit uns zu tun, wie man am Ende gut sterben kann. Wir müssen einfach lernen, dieses Ende von Anfang an mit zu bedenken und ggf. dem auch vorzugreifen, dass sich eben derjenige dann in der Sterbephase nicht mehr äußern kann. Zu Beginn ist er vielleicht durchaus noch in der Lage, sich zu äußern. Dinge, die wir auch schriftlich festhalten können. Jemand mag evtl. keine Patientenverfügung mehr schreiben können, aber er äußert durchaus zwischendurch, bei der Körperpflege, im Gespräch mit Pflegenden, wie seine Wünsche aussehen. Es kommt dann darauf an, dass so etwas auch dokumentiert wird und an die Kollegen weitergegeben wird, um dann am Lebensende darauf zurückgreifen zu können. Das schafft eine große Sicherheit für Entscheidungen am Lebensende, inklusive der Sterbesituation.

Ganz neu ist nun im Hospiz- und Palliativgesetz 2015 das Konzept von Advanced Care Planning, der gesundheitliche Vorausplanung als dialogischer Prozess, formuliert worden, in dem gefordert wird, dass alle Menschen sich rechtzeitig Gedanken machen sollen, über ihr Leben jetzt, ihre Gesundheit und über ihr Lebensende. Das ist etwas, was ich auch nur jedem mitgeben kann! Dass man das weiter ausbaut und immer mit bedenkt. Ein dementer Mensch, der im Rahmen seiner Familie mit seinen Angehörigen gut im Gespräch war und Gedanken zu Sterbesituationen geäußert hat, für den kann man dann diese Gedanken als ausgesprochenen/mutmaßlich letzten Willen auch zu Rate ziehen. Im konkreten Fall, dass sich ein dementer Mensch im Sterbeprozess nicht mehr verbal äußern kann, kann er dies auch nonverbal zeigen, in dem er z.B. essen und trinken verweigert, dass er seinen Mund zukneift, seinen Kopf wegdreht und Abwehrbewegungen macht. Das ist zu respektieren, sonst wäre das in der Pflege der Tatbestand der Körperverletzung. Denn sie dürfen keinen Menschen zu etwas zwingen.

Um noch einmal aufzugreifen, was Sie, Herr Finzen vorhin sagten, dass die zunehmende Problematik des Behandlungsabbruchs auf uns zukommt. Ich habe eher das

Gefühl, wir haben diese Krise fast schon ein bisschen überwunden. Wenn ich meine Arbeit über die letzten Jahre in den Pflegeheimen betrachte, muss ich sagen, es gibt wesentlich weniger PEG-Sonden und es herrscht die Vereinbarung, den zu Pflegenden immer wieder auch kleine Mengen Nahrung anzubieten, bevor dann überhaupt daran gedacht wird, dass eine PEG sinnvoll sein könnte. Dazu kommt noch, dass es eine medizinische Indikation geben muss, die im Sterbeprozess oftmals gar nicht gegeben ist, so dass das insgesamt rückläufig ist. Was man machen kann, um den Willen auszuloten und zu gucken, was in einer solchen Krisensituation zu entscheiden ist, ist in eine ethische Fallbesprechung zu gehen.

Dass man das Team zusammen holt, und die aktuelle Krisensituation erörtert. Wie war er? Wie hatte er sich in früheren Zeiten geäußert? Wie sehen Angehörige und Betreuer das jetzt? Wie sehen es das Pflegeteam und der Arzt? Dann muss man gemeinsam zur Entscheidung kommen und gemeinsam in solchen Krisen eine Lösung finden, die von allen getragen werden kann. Das ist auch etwas, was unsere tägliche Arbeit ausmacht. Vor kurzem wurde z.B. ein älterer Herr aus dem Krankenhaus zu uns ins Heim



verlegt. Es war klar, er wird in den nächsten Tagen sterben. Er hatte aber zwei Vorsorgebevollmächtigte gleichzeitig – seine Tochter und seinen Enkelsohn. Die Tochter hatte ich bei der Aufnahme kennengelernt und zu mir ins Büro gebeten. Für sie war ganz klar als Vorsorgebevollmächtigte, ihr Vater wollte nun sterben. Er hatte eine lange Krankheits- und Leidensgeschichte hinter sich und wollte keine lebensverlängernden Maßnahmen. Der Enkel allerdings, der gleichzeitig Vorsorgebevollmächtigter war, sah es so, dass alles, was möglich war, noch gemacht werden sollte.

Die Lösung war dann tatsächlich, den Enkelsohn auch noch zum Gespräch zu bitten und das Pflegeteam und einen Arzt dazu zu holen, um dann miteinander zu gucken und zu diskutieren, was das günstigste für den sterbenden Menschen war. Der Enkelsohn konnte danach die Entscheidung mittragen, dass kein Krankenhausaufenthalt mehr passieren sollte, keine Antibiotika mehr gegeben würden und der alte Herr ist dann auch innerhalb einer Woche, in Begleitung seiner Familie eingeschlafen.

[Das heißt die Behandlung ist immer verbunden mit ganz individuellen Lösungen?](#)

Genau. Sie sagen es!

Danke. Dann würde mich noch eine andere Frage sehr interessieren. Klaus Dörner hat ein sehr interessantes Buch geschrieben: „Leben und Sterben. Wo wir hingehören“. Ich glaube, dies drückt das Bedürfnis von sehr vielen Menschen aus, dass wir da sterben wollen, wo wir leben – nach Möglichkeit. Für mich ist nun die Frage: Können Menschen mit Demenz in der letzten Lebenszeit/-phase in einer Wohngemeinschaft davon ausgehen, dass sie ambulant gut betreut werden? Oder müsste man vielleicht doch sagen, eine bessere Betreuung bekämen sie in einem stationären Hospiz?

Nein! Sie werden sehr wohl und sehr gut in ihren Wohngemeinschaften betreut. Es ist keine Lösung, diese Menschen in ein Hospiz zu verlegen und so leicht auch gar nicht möglich, denn sie werden ja aus Sicht der Krankenkassen pflegerisch gut versorgt. Daher wird die Hospiz-Finanzierung in der Regel nicht übernommen.



Prof. Dr. Asmus Finzen, Sabine Sack

Gäbe es denn Situationen, wo man sagen würde, das kann man ambulant nun nicht mehr leisten?

Dann müsste es tatsächlich ganz spezielle Symptome geben und dass diese Symptome so schwerwiegend sind, dass man sagt, man braucht nun spezielle Hilfen, die dort vor Ort nicht mehr Tag und Nacht realisiert werden können. Das sind aber wirklich große Ausnahmen. Die Realität ist die, dass wenn man noch ein spezialisiertes Pflegeteam dazu holt, welches die Pflegekräfte unterstützt, z.B. in der Port-Versorgung, dann ist es auch möglich, eine gute Pflege ambulant in der

Wohngemeinschaft oder ambulant zu Hause zu leisten. Man kann zusätzlich noch den Hausarzt einschalten oder einen Palliativmediziner, der vor Ort medizinisch begleiten kann. Dann kommt man in der Regel sehr gut zurecht.

Das heißt, als ambulanter Hospizdienst können Sie den Bewohner ambulant sowohl medizinisch als auch psychosozial betreuen?

Meine Aufgabe liegt ja eher in der Koordination all dessen. Wenn wir angefragt werden, gehen wir dorthin, nehmen die Wünsche auf, sprechen mit den Pflegekräften vor Ort, notieren, welche Symptome derjenige hat und beraten die Angehörigen und ggf. die Pflegekräfte. Dann können wir entweder Kontaktdaten vermitteln zu Palliativmedi-

zinern oder zu spezialisierten Pflegediensten, wenn das nötig ist. Oft ist es aber eine allgemeine palliative Versorgung, die die Pflege zu leisten hat. Auch diejenigen, die vor Ort sind können den Patienten i.d.R. gut versorgen und auch der Hausarzt kann den Sterbenden medizinisch begleiten. Es ist ja tatsächlich nur ein geringer Prozentsatz an Menschen, die diese spezialisierte Versorgung benötigen. In dieser Situation können wir dann die entsprechenden Kontakte vermitteln.

Wir selber können eine Beratung für die Pflegekräfte anbieten. Das vermittelt oft Sicherheit, denn für Pflegende vor Ort gibt es oftmals die Unsicherheit, ob sie alles richtig machen; z.B. wenn es eine Bedarfsmedizin für Opiate gibt. Da erleben wir auch schon mal in unserer 24 Stunden Bereitschaft, dass eine Pflegekraft aus einem Heim an Weihnachten anruft und fragt, ob die Bedarfsmedikation gegeben werden kann, wenn der Patient z.B. jetzt gerade unter sehr großen Schmerzen leidet. Da können wir über unsere Rufbereitschaft ein Gefühl von Sicherheit vermitteln, indem angerufen werden kann und ein Problem auch noch einmal besprochen werden kann. Wir können natürlich auch zusätzlich einen Ehrenamtlichen vermitteln, der sich Zeit nimmt, da zu sein, am Bett zu sitzen, Ruhe zu verbreiten und auch Ansprechpartner für Angehörige zu sein, die vielleicht sehr verzweifelt sind. Das heißt, die Ehrenamtlichen begleiten denjenigen und die Angehörigen und wir beraten und sind ansprechbar für die Pflegenden.

**Das heißt, der ambulante Pflegedienst bedeutet eine enorme Unterstützung für z.B. Wohngemeinschaften. Was kostet diese Leistung oder vielmehr, wer bezahlt sie?**

Einen großen Teil bezahlen tatsächlich die Krankenkassen. Wir als Hospizdienst werden gefördert durch die Krankenkassen. Anteilig beteiligt sich der Träger und dann gibt es noch Spendengelder, auf die wir auch angewiesen sind.

**Was wäre ein guter Zeitpunkt, eine hospizliche Betreuung zu beginnen? Wann wäre es für den Hospizdienst gut, in eine Wohngemeinschaft zu kommen?**

Das gilt jetzt sicher nicht nur für Wohngemeinschaften, sondern generell und zielt auf die Frage ab: Ab wann ist jemand sterbend? Wir sehen uns als Lebens- und Sterbebegleiter und wünschen uns, dass die Ehrenamtlichen dann kommen, wenn sie noch eine Beziehung zu den Menschen aufbauen können. Wenn die Menschen noch bei Bewusstsein sind, um miteinander in Kontakt kommen zu können. Dass man ein Stück des letzten Lebensweges gemeinsam gehen kann, um dann auch in der Sterbephase gut begleiten zu können.

**Also schon deutlich bevor jemand sterbend ist?**

Ja!

Gibt es vielleicht zum Ende noch eine kleine Wunschliste, die Sie an Mitarbeiter in Wohngemeinschaften haben, damit die Zusammenarbeit gut funktioniert?

Ja. Wenn wir in Kooperationen gehen mit verschiedenen Heimen und Wohngemeinschaften, dann ist es erst einmal wichtig, dass wir gut miteinander ins Gespräch kommen. Dass nicht nur die Mitarbeiter, sondern auch die Leitung und die Organisation dahinter stehen. Wichtig ist, dass Absprachen getroffen werden, wie die Zusammenarbeit geregelt ist. Welche Ansprechpartner da sind – auch für die Ehrenamtlichen vor Ort. In der Regel erwächst daraus ein Miteinander, in dessen Zuge wir auch Fortbildungen anbieten, in die Teams gehen und unsere Hospizarbeit vorstellen usw. Dabei ist auch wieder die Kommunikation ein sehr wichtiger Faktor.

Frau Sack, gibt es vielleicht noch irgendein Thema, einen Aspekt, den wir bisher noch nicht genannt haben?

Es gäbe noch unendlich viel, aber das würde hier den Rahmen sprengen.

Dann würde ich sagen, wir haben heute schon recht viel abgedeckt und bedanke mich sehr herzlich bei Ihnen. Vielen Dank!

---

## Religiöse und ethische Sichtweisen zu Fragen am Lebensende. Dialogforum mit christlich, jüdisch, muslimisch und buddhistischen Vertreterinnen und Vertretern:

**Michaela Fröhling**, evangelische Pfarrerin und Krankenhausseelsorgerin am Dominikus Krankenhaus **Chasan Jalda Rebling**, jüdische Kantorin und Mitbegründerin der Jewish Renewal Gemeinde **Ohel HaChidusch**, **Hadice Ayhan**, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und leitende Ärztin der Entwöhnungsklinik **F42** in Berlin. **Jutta Kadegge**, Sozialarbeiterin und Altenpflegerin, sowie spirituelle Mitleiterin des buddhistischen Meditationszentrums **Lotos-Vihara**.

**Moderation Dr. Norbert Mönter**, Initiator, Gründungsmitglied und langjähriger erster Vorsitzende des Vereins für **Psychiatrie und seelische Gesundheit**.

## Individuelle Begleitung auf dem Weg zu einem guten Tod.

Konsens der interkulturellen und multireligiösen Diskussion im Rahmen der Veranstaltung des FAW zum Thema Religiöse und ethische Sichtweisen zu Fragen am Lebensende ist, dass gutes Sterben einer individuellen, behutsamen Begleitung bedarf – unabhängig von Religion und Ethnie. Denn im Sterben sind wir alle gleich.

In dem lebhaften Austausch mit Vertreterinnen verschiedener Kulturen und Glaubensrichtungen, der von Dr. Norbert Mönter sehr versiert moderiert wurde, war sehr schnell klar, dass trotz verschiedener Glaubensgrundsätze und Rituale das wesentliche Element bei der Begleitung Sterbender das Zuhören, Da-Sein und das Ernst-Nehmen des Menschen in seiner letzten Lebensphase ist. Da in den Berliner Heimen und Hospizen immer mehr Menschen unterschiedlichster Ethnien und Religionen zusammenleben ist das Wissen und das Verständnis um die entsprechenden Rituale und/oder Regeln ein unermesslicher Schatz in der Betreuung Sterbender auf ihrem Weg zu einem guten Tod. Zwar hat jede Religion ihre eigenen Riten und Gebräuche, aber allen gemein ist, dass der sterbende Mensch mit dem, was er gerade in der letzten Phase braucht im Vordergrund steht. Er ist der „Programmdirektor“, wie die evangelische Pfarrerin Michaela

Fröhling sagt. Die Betreuenden, ob Seelsorger oder Pflegende und Ärzte, sollten auf das eingehen, was dieser Mensch sich neben der notwendigen medizinischen Versorgung wünscht. Das ermögliche Trost, Vertrauen und Sicherheit, um diesen letzten Weg gut gehen zu können. Dem pflichtet auch Jutta Kadegge, Mitleiterin des buddhisti-



Hadice Ayhan

schen Zentrums, Lotus-Vihara, Berlin bei. „Die Begleitung des Sterbenden ist sehr individuell. Wir haben im Buddhismus keine festen Leitlinien, möchten den Menschen eher dort abholen, wo er steht und ihm geben, was er gerade braucht. Das kann eine Meditation oder auch ein Schutztext sein, der ihn/sie in den letzten Stunden tröstet und trägt.“ Die jüdische Kantorin Chassan Jelda Rebling fügt an, dass neben der Begleitung des Sterbenden auch das Kümmern um die Angehörigen ein wichtiger Aspekt ist. „Wir, im traditionell jüdischen Glauben, sitzen sieben Tage „Shiwa“, um des Toten zu gedenken und ihn/sie zu ehren. Die trauernden Angehörigen bleiben nach alter Sitte eine Woche lang zu Hause. Verwandte, Freunde und Bekannte lassen sie in ihrem Schmerz nicht allein, sondern sichern ihnen Liebe, Unterstützung und Aufmerksamkeit zu. Sie sorgen für ihre Bedürfnisse, kochen und kaufen für sie ein und trösten sie.“

Der Tod ist somit Teil des Lebens, der in dieser (Für)Sorge beim Sterben eines Angehörigen Ausdruck findet. Der Mensch selbst sollte möglichst von Anfang an, dieses Wissen um sein Lebensende in sein tägliches Leben einbauen, seine Gebete sprechen und sich um die Familie kümmern. So kann er am Lebensende auf eben diese Gebete und die Pflege und Anteilnahme seiner Lieben vertrauen und darin Trost und Sicherheit finden. Dieses Sorgen innerhalb der Familie, speziell der engen Familie, findet sich auch in der Überzeugung der Muslime wieder, wie Hadice Ayhan erläutert. Nach dem Motto „Du sollst Vater und Mutter ehren und Gutes tun“, sammelt der Mensch Zeit seines Lebens gute Taten und kann auf einen guten Tod, bzw. auf ein gutes Leben nach dem Tod hoffen. Denn „für uns ist es nicht nur die Hoffnung auf eine Auferstehung, sondern das Wissen, dass unser Leben auf Erden nur vorübergehend ist und wir die Gewissheit der Auferstehung haben.“ Das bedeutet, der Tod ist nicht endgültig, sondern nur ein Übergang zu einem paradisischen Leben. In diesem Bewusstsein und mit diesem Trost, ist bei

der Begleitung muslimischer Sterbender wichtig, diesen Weg mit Geduld und Demut zu gehen. Eine große Hilfe ist das Abschied nehmen von Angehörigen und Verwandten, um mit ruhigem Gewissen und geklärten irdischen Verhältnissen dem Tod entgegen gehen zu können. „Sterben lernen“, wie es ein Teilnehmer der Konferenz fragte,



Chasan Jalda Rebling



Jutta Kadegge

können wir selber sicher nicht, aber wir können den Tod als etwas Unumgängliches in unseren Alltag mit einbeziehen. Das Vertrauen in das Leben macht es auch einfacher in den Tod zu vertrauen. Wie Jutta Kadegge sagte, „alles ist im Fluss, alles ist im Wandel. Man kann nichts ewig festhalten, auch das Leben nicht.“ Daher ist es wichtig, den sterbenden Menschen in seiner Art anzunehmen, wie er ist, sensibel zu sein und ihn so zu begleiten, dass er leicht gehen kann. Da spielt es dann auch keine Rolle, ob man in einer gemischten Wohngemeinschaft einen Rosenkranz betet oder den Koran rezipiert, denn wie Chasan Jelda Rebling anmerkte, „es gibt viele verschiedene Wege zu dem einen und einzigen Gott aber die Verantwortung (für einen guten Tod und den Weg dahin) tragen wir alle gemeinsam.“



Dr. Norbert Minter



Pfarrerin Michaela Fröhling

---

## Schlusswort

Referenten:

Prof. Dr. Roski: Vielen Dank für den tollen Tag und die spannenden Themen. Ich möchte abschließend noch einen Spruch von Snoopy von den Peanuts zum Besten geben: Wir alle werden eines Tages sterben. Aber an allen anderen Tagen nicht!

Dr. Günter Meyer: Danke auch von mir an alle die heute gekommen sind und diesen Tag mitgestaltet haben! Wir wollen ja zukünftig eine kleine Reihe aus dieser Veranstaltung machen und im nächsten Jahr gibt es dazu wieder ein FAW-Forum dessen Thema „Scham und Nacktheit in der Versorgung von Menschen mit Demenz“ sein wird. Ich denke, das ist wiederum ein spannendes Thema und ich würde mich sehr freuen, wenn wir uns nächstes Jahr in dieser Runde wiedersehen.

## Vielen Dank!

---



# Abbildungsverzeichnis

## Abbild. 1

Stundenbuch der Maria von Navarra, Ferrer Bassa, vor 1347, Standort: Biblioteca Nazionale Marciana Venedig, Italien. Quelldatenbank: DadaWeb, Kunsthistorisches Institut, Universität zu Köln. Link: <http://prometheus.uni-koeln.de/pandora/image/show/dadaweb-3527297a22632f3db31d-31b3ef6421912271779e>

## Abbild. 2

Ventrikellehre. Illustration n. Hieronymus Brunschwig, 1525, File: H. Brunschwig, „The noble experience ...“ Wellcome L0017413.jpg. commons.wikimedia.org

## Abbild. 3

Auguste Deter, By Unknown - Unknown, Public Domain, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=1595297>

## Abbild. 4

„Die Grablegung Mariae“, (1300–1320) Giotto di Bondone 1266–1337. Standort: Gemäldegalerie, Eigentum des Kaiser Friedrich-Museums-Vereins, Staatliche Museen zu Berlin. Quelldatenbank: bpk - Bildportal der Kunstmuseen, Bildagentur für Kunst, Kultur und Geschichte, Stiftung Preussischer Kulturbesitz, Berlin. Link: <http://prometheus.uni-koeln.de/pandora/image/show/bpk-1ecf1774c379923d94617c4d56a571b9e0da2c33>

## Abbild. 5

Ars Moriendi: Versuchung des Teufels hinsichtlich des Hochmuts. Teil der Serie Ars moriendi, Blockbuch, lat., um 1470 © Herzog August Bibliothek Wolfenbüttel, S. 20, <http://diglib.hab.de/wdb.php?dir=inkunabeln/7-xylogr>.

## Abbild. 6

Ars Moriendi: Die Versuchung im Glauben, Meister E.S., 1460–1467, Kupferstich. Kupferstichkabinett, Berlin. Quelle: <http://www.zeno.org/nid/20004173783>

## Abbild. 7

Mittelalterliche Illustration des Arztes, Guy de Chauliac, 1298–1368. Quelle: [www.st-roch.com/wp-content/uploads/2015/04/Guy\\_de\\_Chauliac.jpeg](http://www.st-roch.com/wp-content/uploads/2015/04/Guy_de_Chauliac.jpeg)

## Abbild. 8

Erste Seite der 1808 erschienen Schrift Reils, die die erste Verwendung des Wortes „Psychiatrie“ zeigt. Quelle: <http://bjprcpsych.org/content/bjprcpsych/193/1/1/F1.large.jpg>

## Abbild. 9

Casa del Menandro (Haus des Menander), (Pompeji) Bildnachweis: Cerulli Irelli, G./Aoyagi, M./Caro, St. de/Pappalardo, U. (Hrsg.): Pompejanische Wandmalerei, Stuttgart/Zürich 1990, Tafel 33. Quelldatenbank: Diathek online, Technische Universität Dresden, Institut für Kunstgeschichte, Link: <http://prometheus.uni-koeln.de/pandora/image/show/dresden-dc-04d485efc22b5549caf7ee711b68e751c4577d>

## Abbild. 10

Auffindung des Mose, Wandmalerei aus der Synagoge von Dura Europos. Quelle: Wikipedia

## Abbild. 11

Euthanasie – Arzt spielt Unschuldslamm, Zeitungsartikel, Frankenpost, 10. Mai 1960, Quelle privat, Entn. aus: Benzenhöfer U (2009) Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Göttingen

## Abbild. 12

Textausschnitt aus: Benzenhöfer U (2009), Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Göttingen, S. 9.

## Abbild. 13

Der letzte Strich: Das Bild wurde entnommen aus dem Buch Mut u. Wut. Eberhard Warns - Bilder 2003-2007. Herausgegeben von Else Natalie Warns und Günter Meyer. Abb. 70, Seite 96, Acryl auf Papier | 100 x 70 cm | o. T. 2007 (c) EB-Verlag Dr. Brandt, Berlin

# Literaturverzeichnis

**Ackerknecht EH** (1992) Geschichte der Medizin. (7. Aufl.) Stuttgart

**Benjamin W** (2007) Der Erzähler. Betrachtungen zum Werk Nikolai Lesskows. In: (ders.) Erzählen – Schriften zur Theorie der Narration und zur literarischen Prosa. Ausgewählt und mit einem Nachwort von Alexander Honold. Frankfurt/Main

**Benzenhöfer U** (2009) Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Göttingen

**Binding K, Hoche A** (1920) Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig

**Braitenberg V** (2007) Über den Inhalt des Kopfes. In: Spitzer M; Bertram W (Hrsg.) Braitertainment. Stuttgart

**Dörner K** (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Hamburg

**Elias N** (2002) Über die Einsamkeit der Sterbenden. Humana conditio

**Erasmus von Rotterdam** (2006) Das Lob der Torheit. Encomium Moriae. Übers. von Anton J. Gail. Stuttgart

**Förstl H** (Hrsg.) (2003) Antidemencia. München

**Grmek MD** (1996) Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter. München

**Hampel H, Padberg F, Möller HJ** (2003) Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. Stuttgart

**Hohendorf G** (2013) Der Tod als Erlösung. Geschichte und Ethik der Sterbehilfe seit dem Ende des 19. Jahrhunderts in Deutschland. Göttingen

**Jost A** (1895) Das Recht auf den Tod: Sociale Studie. Göttingen

**Juvenalis DJ, Persii Flacci A** (1684) Satirae. Paris: Leonard

**Karenberg A, Förstl H** (2003) Geschichte der Demenzen und der Antidementiva. In: Förstl H (Hrsg.) Antidementiva. München

**Kraepelin E** (1909) Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Bd. 2. (8. Aufl.) Leipzig

**Le Goff J, Truong N** (2007) Die Geschichte des Körpers im Mittelalter. Stuttgart

**Maurer K, Maurer U** (1999) Alzheimer. Das Leben eines Arztes und die Karriere einer Krankheit. (2. Aufl.) München

**Markowitsch HJ, Welzel H** (2006) Das autobiographische Gedächtnis: Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung

**Menander** (1949) Die Komödien und Fragmente. Eingeleitet und übertragen von Günther Goldschmidt. Zürich. Hier entn. aus: Benzenhöfer U (2009) Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Göttingen

**Schäfer D** (2002) Gulliver meets Descartes. Early Modern Concepts of Age-related Memory Loss. In: Journal of the History of The Neurosciences 12

**Schäfer F, Schnelle T** (Hrsg.); **Fleck L** (2011) Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Frankfurt/Main (9.Aufl.)

**Schulze C** (2002) Zum abrupten Schluss der De Medicina Libri Octo des Aulus Cornelius Celsus. In: Rheinisches Museum für Philologie, Neue Folge, Bd. 145, H 2. Bad Orb

**Sich D** (Hrsg.) (1986) Sterben und Tod. Eine kulturvergleichende Analyse. Verhandlungen der VII. Internationalen Fachkonferenz Ethnomedizin in Heidelberg, 5.–8.4.1984. Braunschweig/Wiesbaden

**Stolberg M** (2013) Die Geschichte der Palliativmedizin. Frankfurt/Main

**Swift J** (2004) Gullivers Reisen. Frankfurt/Main

**Pigeaud J** (1989) La maladie de l'âme. Les belle lettres. Paris

**Platon** (1994) Tiamios. In: Sämtliche Werke Band 4, Reinbek bei Hamburg

**Veyne P** (2009) Foucault. Der Philosoph als Samurai. Stuttgart

## Impressum

### FAW Forum

Mittwoch, 17. Februar 2016 · 10:00 — 15:00 Uhr · Gemeindesaal der Evang. Luther-Kirchengemeinde · Bülowstr. 71-72 · 10783 Berlin

### Veranstalter und Herausgeber

FaW gGmbH, Gesellschaft zur Förderung altersgerechten Wohnens

### Fotografie

Christian Berges auf den Seiten: 4, 5, 26, 30, 35 · Silke Bünseler auf den Seiten: 29, 37, 42, 43

### Konzeption und Gestaltung

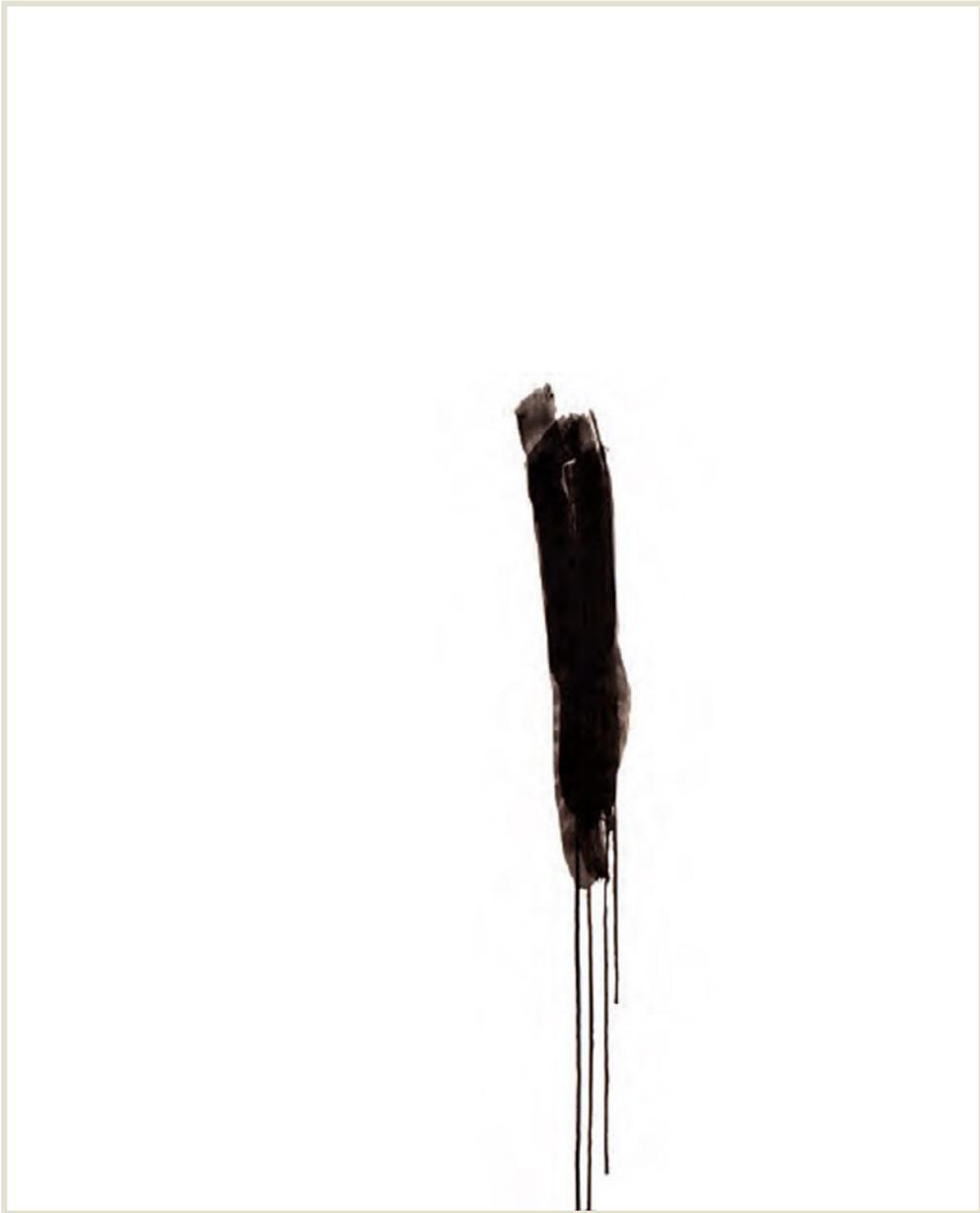
Oliver Kandale, Abenteuer Design

### Text und Lektorat

Anja Fiedler

### Veranstaltungs- und Projektmanagement

Gabriele Lang von fokus Ehrenamt



Abbild. 13, Letzter Strich, Eberhard Warns

FAW-Forum ————— 17.02.2016





**FAU**  
Forum

ISBN 978-3-9821580-0-6



9 783982 158006 >

2016