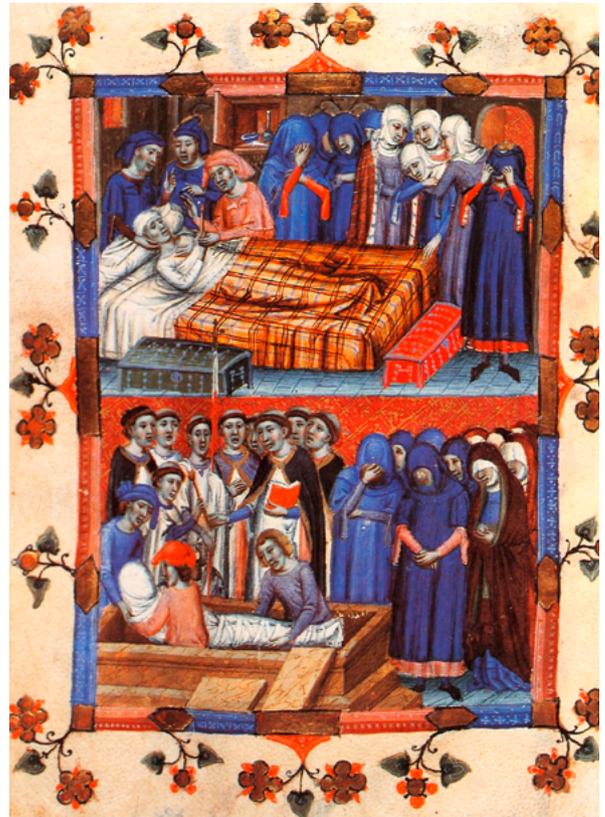


## Sterbebegleitung bei Menschen mit Demenz. Ein historischer Blick. Dr. phil. Günter Meyer (Kulturwissenschaftler und Historiker)

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 zufolge 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 Antidementiva. In: Förstl H (Hrsg.) Antidementiva. 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 1500 n. 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.

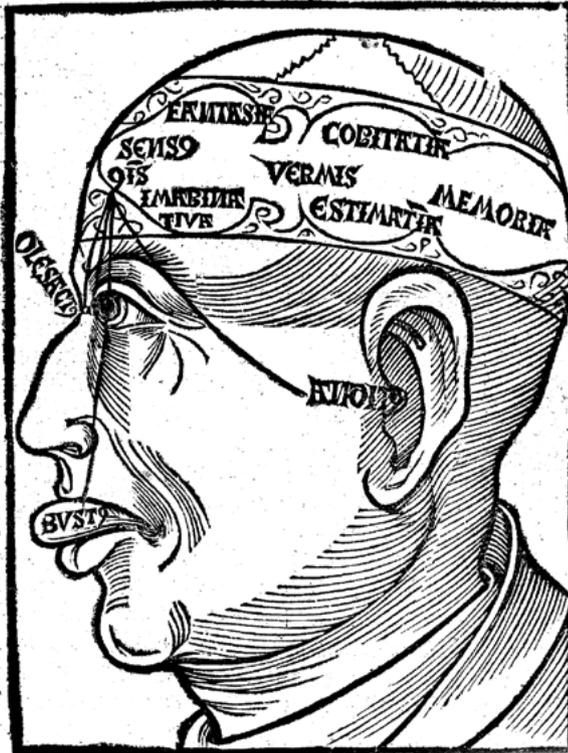
12 ♦ Juvenalis DJ; Persii Flacci A (1684) *Satirae.* Paris: Leonard.

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>15</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>16</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 ...«

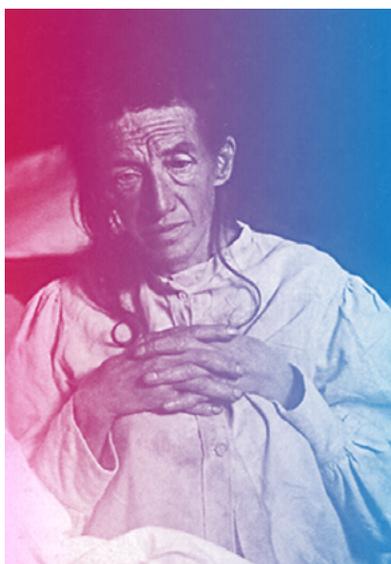
»Sind Sie verheiratet?«

(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 Versuchung 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*

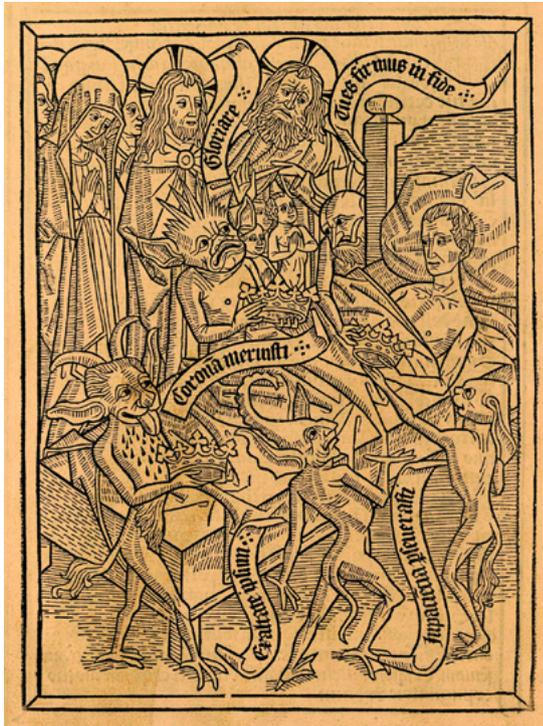
24 ♦ Swift J (2004) Gullivers Reisen. Frankfurt/Main, S. 306.

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

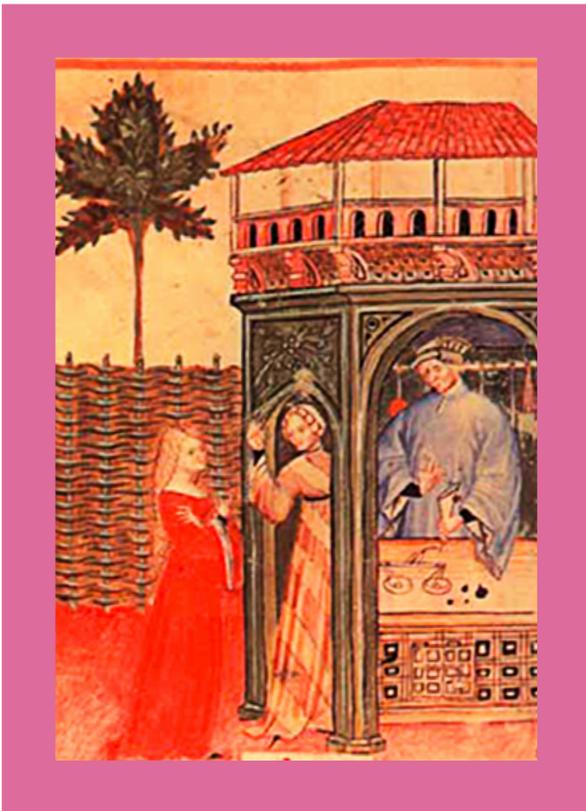
*Ars-moriendi Ausgaben nennt als kritische Punkte des Sterbens: Glaube, Hoffnung, Geduld, Demut und Armut. Psychologisch ließe sich darin sehen, dass der Sterbende Vertrauen haben soll, nicht verzweifeln darf, seine Wut ausagieren muss, von sich selbst absehen muss, um schließlich unbelastet Abschied 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 „Euthanatos“ und heißt wortwörtlich übersetzt „guter Tod“. In einer nur fragmentarisch überlieferten Komödie des Dichters Menandros finden wir folgende Zeilen:



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

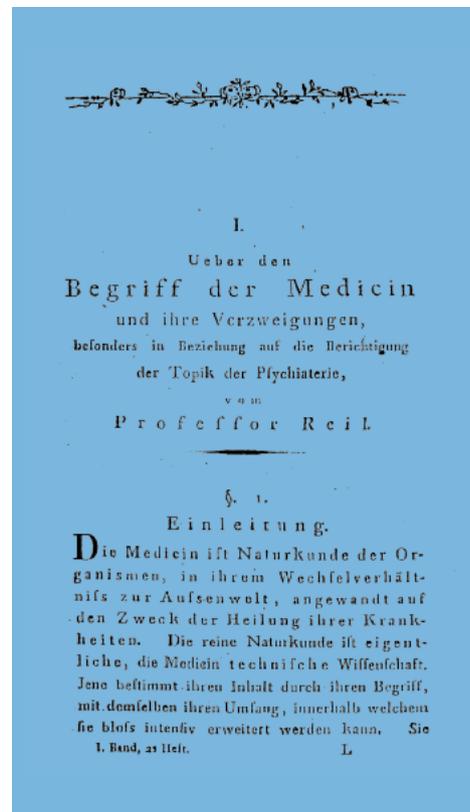
*„Den nenne ich den glücklichsten, o Parmeno,  
der diese heil`gen Dinge ohne Leid geschaut  
und wieder wegging, schnell, woher er kam – es sind:  
Die Sonn, die gemeinsame, die Sterne und  
Das Wasser, Wolken, Feuer – diese, ob du nun*

*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  
 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



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

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 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*

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.

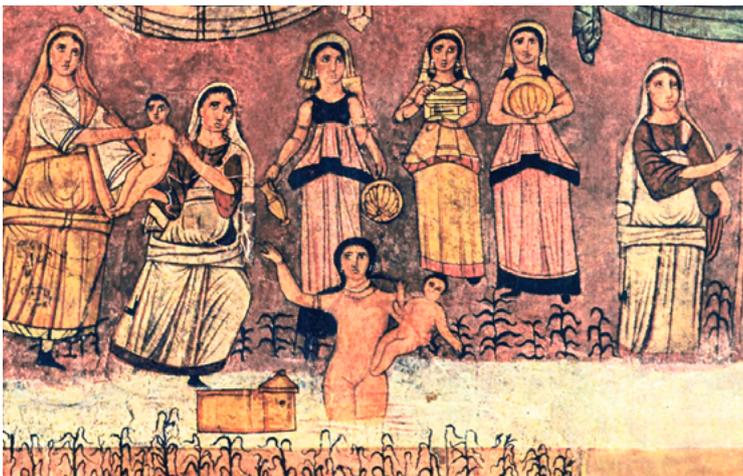
33 \* Benzenhöfer U (2009) Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Göttingen, S. 18.

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.

*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 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. Jahrhunderts



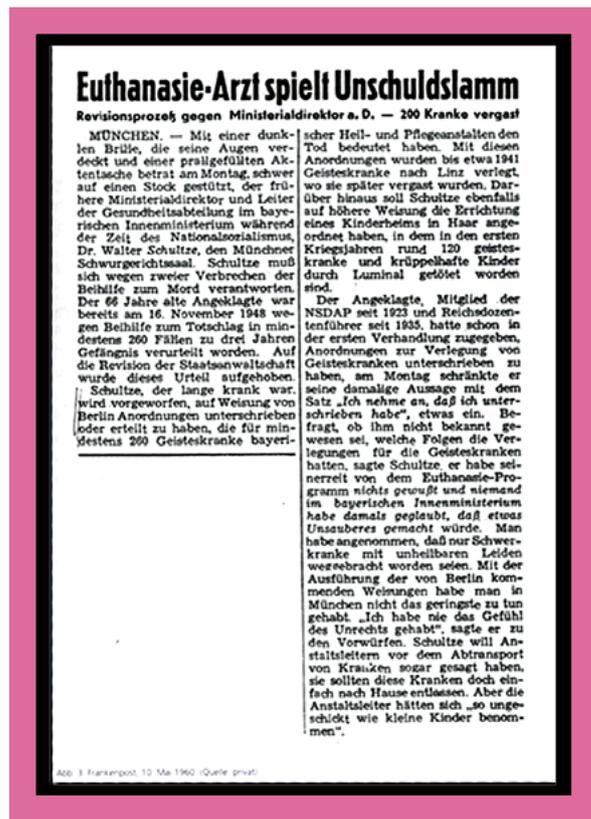
Abbild. 10, Wandmalerei aus der Synagoge von Dura Europos, Auffindung des Mose, 244/245 nach Christus

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.

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



Abbild. 11, Zeitungsartikel, Frankenspost, 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>

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.

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: Soziale 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.