

Ertrunken im Meer des Vergessens? Perspektiven einer Ethik der Demenz

Verena Wetzstein

Vortrag am 28. Januar 2010

Fach-Tagung: Demenz und Wertekultur.

Ethische und zivilgesellschaftliche Perspektiven

TERTIANUM Bildungsinstitut ZfP

Kongresshaus Zürich

Abstract

In Deutschland leiden eine Million Menschen an einer Demenz. Diese Zahl wird sich bis 2050 etwa verdoppeln. Betroffene, Angehörige, Ärzte und Pflegende sehen sich aufgrund der Symptomatik einem wachsenden Problem gegenüber, das die gesamte Gesellschaft betrifft. Ein öffentlicher Diskurs über die mit Alzheimer-Demenz verbundenen ethischen Fragen findet bislang allerdings nur zögerlich statt. Das Referat liefert einen Beitrag zur dringend notwendigen Diskussion der ethischen Dimension dieser neuartigen Herausforderung. Sie entwirft vor dem Horizont einer ethisch reflektierten Anthropologie ein alternatives Modell zum gegenwärtig dominierenden Demenz-Konzept und zeigt damit eine Perspektive auf, die das Phänomen Alzheimer-Demenz in die Mitte der Gesellschaft rückt.

Einführung

Wenn das Thema Ethik innerhalb medizin- und pflegepraktischer Gespräche auf die Tagesordnung kommt, dann wird seit einiger Zeit oft ein kleines Buch zitiert: "Oskar und die Dame in Rosa".¹ Sicherlich ist es dem einen oder der anderen von Ihnen bereits bekannt. Oskar ist zehn Jahre alt, er liegt im Krankenhaus und muss sterben. Täglich bekommt er Besuch von Oma Rosa, einer grünen Dame. Sie empfiehlt ihm, jeden Tag einen Brief an den lieben Gott zu schreiben. In einem lesen wir:

"Peggy Blue und ich haben viel im Medizinische Wörterbuch gelesen, Peggys Lieblingsbuch. Krankheiten sind ihre Leidenschaft, und sie fragt sich, welche sie später mal kriegen wird. Ich habe nach den Wörtern gesucht, die mich interessieren: Leben, Tod, Glaube, Gott. Ob Du's glaubst oder nicht: die standen nicht drin!

Nun gut, das beweist wenigstens, dass es keine Krankheiten sind, weder das Leben noch der Tod, noch der Glaube noch Du. Was eigentlich eine gute Nachricht ist. Aber trotzdem, in einem so ernsthaften Buch sollte es doch auf die allerernsthaftesten Fragen Antworten geben, oder?"²

Ein erstaunliches Beobachtungsvermögen legt der kleine Oskar da an den Tag. Wer seine Briefe verfolgt, wird mit einem neuen Blick auf das Kranksein schauen. Unverstellt, so könnte man diesen Blick vielleicht nennen. Mit den wachen Augen eines Kindes, das als selbstverständlich gedachte Dinge und Zusammenhänge neu zu sehen lehrt. "in einem ernsthaften Buch sollte es ernsthafte Antworten geben" – diese Erkenntnis drückt Oskar in der eben zitierten Passage aus.

Oma Rosa rät Oskar, für die von ihm gesuchten Begriffe nicht in einem medizinischen, sondern in einem philosophischen Wörterbuch nachzuschauen – sie fügt aber gleich hinzu, dass er möglicherweise auch dort nicht alle finden wird.

Lassen Sie uns im Laufe dieses Vortrags dennoch genau das versuchen: Mit den Mitteln unseres Verstandes die als selbstverständlich gedachten Zusammenhänge neu zu sehen lernen. Um die Reflexion ethischer Perspektiven im Umgang mit dementen Menschen soll es gehen. Ich werde dazu zunächst danach fragen, was wir unter Demenz verstehen (nicht im Sinn medizinischer Diagnostik, sondern im Sinne eines gesellschaftlichen Konzeptes von Demenz). Zunächst also die Frage nach dem gegenwärtig vorherrschenden Konzept von Demenz. Danach werde ich Grenzen und Paradoxien dieses gegenwärtigen Demenzkonzeptes aufzeigen. Daran anschließend werde ich Eckpunkte einer Anthropologie dementer Menschen erörtern, bevor ich auf Konkretionen im Bezug auf den Umgang mit dementen Menschen eingehe.

Ich werde Ihnen dazu sieben Thesen vorstellen, und immer wieder zur Untermauerung dazu bei Oskar Anleihen nehmen und Passagen aus seinen Briefen an Gott in meinen Gedankengang einflechten. – zum Inngehalten, Nachdenken, zum Lotsen auf die grundsätzliche Ebene. Untermalt von Bildern von Peter Granser aus dem Bildband Alzheimer.³

These 1: Es ist nicht schön, alt zu werden

"Ich schreibe Dir nicht, weil ich zu traurig bin. Wir haben ein gemeinsames Leben gehabt, Peggy und ich. Und jetzt liege ich allein in meinem Bett. Kahl, klapprig und müde. Es ist nicht schön, alt zu werden."⁴

Das Altern gehört zu den Grundverfasstheiten des Lebens. Die sich verändernden Lebensumstände im Alter und das unweigerlich nahende Lebensende haben Menschen seit jeher über den Lebensabschnitt des Alters nachdenken lassen. Neu ist heute der Kontext des Alterns: Noch nie wurden so viele Menschen so alt wie seit Beginn des 20. Jahrhunderts. Die Sicherung der äußeren Lebensumstände auf der einen sowie der medizinische Fortschritt auf der anderen Seite ermöglichen es vielen Menschen heute, eine deutlich verlängerte Altersphase zu erleben.⁵

Aufgrund des demographischen Wandels hat in den vergangenen Jahren die absolute Zahl der Personen über 65 Lebensjahre deutlich zugenommen. Durch abnehmende Geburtenzahlen bedingt ist damit der prozentuale Anteil alter (zwischen 65 Jahren, der derzeit angesetzten Ruhestandsgrenze, und 84 Jahren) und hochbetagter (über 85 Jahre) Menschen in der Bevölkerung signifikant gestiegen und wird Bevölkerungsanalysen zufolge weiterhin zunehmen.⁶

Neben den vielfach so genannten „jungen Alten“, die nach Erreichen der Ruhestandsgrenze in zumeist geistiger und körperlicher Gesundheit ein aktives Leben führen, rücken zunehmend Altersformen in das Interesse der Öffentlichkeit, bei denen die Betroffenen unter beträchtlichen Einbußen leiden: demente Menschen. Die Angaben zur Zahl der Betroffenen schwanken.

Anhand jüngster Diagnoseschemata angefertigte Statistiken lassen vermuten, dass heute ca. eine Million Menschen allein in Deutschland an einer Form der Demenz leiden, die zur größten Gruppe gerechnet wird, der Alzheimer-Demenz. Prävalenzstudien belegen, dass bei dieser Form der Demenz ab dem 65. Lebensjahr alle fünf Jahre eine Verdoppelung der Raten zu verzeichnen ist.⁷ Zusammen mit der jährlichen Inzidenz prognostizieren Bevölkerungsvorberechnungen eine Verdoppelung der absoluten Zahl alzheimer-dementer Menschen bis zum Jahr 2030.⁸ Setzt man diese Zahlen in Relation zur gewandelten Altersstruktur der Bevölkerung, ist abzusehen, dass der prozentuale Anteil der von Alzheimer-Demenz betroffenen alten Menschen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahren eklatant ansteigen wird.

Aufgrund der Symptomatik, die für die Alzheimer-Demenz beschrieben wird, sehen sich Betroffene, Angehörige, Ärzte, Pflegende, Politiker, Seelsorger und nicht zuletzt die Gesellschaft insgesamt einem großen und immer weiter wachsenden Problem gegenüber. Angesichts einer fehlenden kausalen Therapiemöglichkeit und der mit fortschreitender Demenz einhergehenden Pflegebedürftigkeit entsteht im Hinblick auf die gegenwärtige Ressourcenverknappung in der medizinischen und pflegerischen Versorgung ein zunehmender Druck auf die Gesellschaft, sich mit dem Phänomen Alzheimer-Demenz auseinander zu setzen. So hat in jüngster Zeit auch die Zahl der Veröffentlichungen und Beiträge zum Thema Alzheimer-Demenz stetig zugenommen. Doch wie wird diese Demenzform in der Öffentlichkeit wahrgenommen?

Zunächst sind zwei Ebenen der öffentlichen Debatte zu unterscheiden, denen ein identisches Paradigma zugrunde liegt: ein populärer Diskurs, wie er in Zeitung, Fernsehen und Populärwissenschaft stattfindet, und ein Expertendiskurs, der in Teilöffentlichkeiten wie z. B. Politik und Gesundheitswesen geführt wird. Während erster durch zahlreiche emotionale Bilder und Chiffren für Alzheimer-Demenz dominiert wird, lassen sich in letzterem Sachaussagen bestimmter Prägung erkennen.

In der breiten Öffentlichkeit präsenste Bilder zur Alzheimer-Demenz werden nahezu durchgängig von einem einzigen Grundtenor beherrscht: Es ist die Rede von einem „Tod bei lebendigem Leib“, einem „Tod im Leben“, einem „lebendigen Begräbnis“, einem „menschenunwürdigen Siechtum“, einem „schreckliche[n] Leiden – demütigend für den Patienten“, einem „horrible plight“, einer „Beraubung der Humanität“, einem „Abschied vom Ich“, einem „schrecklichen Alptraum“, der „Jahrhundertkrankheit“, der „Alterskrankheit der Zukunft“ oder von dementen Menschen als „Dorftrottel[n]“.⁹ Derart drastische Bilder müssen als Indiz für zweierlei gelesen werden: zum ersten dafür, dass das Phänomen Alzheimer-Demenz ein Schreckbild darstellt, das den Übergang zur Dämonisierung bereits vollzogen hat und deutlich macht, welche Ängste und Befürchtungen mit einem Thema verbunden sind, das für Betroffene und Angehörige eine persönliche Tragödie darstellt. Indem die Persönlichkeit

des Betroffenen förmlich zerfressen zu werden scheint, stellt die Alzheimer-Demenz innerhalb einer auf Autonomie und Selbstbestimmung bedachten Umwelt nicht mehr und nicht weniger als einen Angriff auf das Selbstverständnis des Menschen dar. Diese Verunsicherung übt ein solches Grausen aus, dass der dementielle Prozess nicht nur dämonisiert, sondern die Betroffenen selbst auch zwangsläufig stigmatisiert werden. Zum zweiten belegt das Wortumfeld der hier genannten Beispiele eine klare Zuordnung der Alzheimer-Demenz zu Krankheitskonzepten. In dieser inhaltlichen Aussage zeigt die vorgestellte Auswahl übereinstimmend: Alzheimer-Demenz ist eine Krankheit, für deren Behandlung Ärzte zuständig sind.

Demgegenüber ist der Diskurs über Alzheimer-Demenz, wie er etwa in Politik und Gesundheitswesen stattfindet, von medizinischen Aussagen und Forschungserkenntnissen bestimmt. Über Alzheimer-Demenz wird hier ausschließlich in medizinischen Kategorien und ärztlicher Terminologie gehandelt. Wenn somit die konkrete Ausdrucksweise der beiden genannten Bereiche auch unterschiedlich ist, so sind beide doch gleichermaßen von einem einzigen, einem medizinischen Paradigma bestimmt. Alzheimer-Demenz ist in beiden Fällen als Krankheit definiert. Damit werden Medizin und Ärzteschaft zu zuständigen Experten. Ein interdisziplinärer gesellschaftlicher Diskurs über die mit Alzheimer-Demenz verbundenen Probleme und Fragen fehlt hingegen nahezu vollständig.

Im Folgenden wird eine kritische Reflexion dieses gegenwärtigen kulturellen Musters von Alzheimer-Demenz intendiert. Dazu wird zunächst die Herkunft des Konzeptes¹⁰ aus der Medizin untersucht. Daran anschließend wird anhand der Kernpunkte des gegenwärtigen, aus der Medizin übernommenen Demenzkonzeptes nach dessen Eignung für den gesellschaftlichen Diskurs gefragt: Inwiefern bildet es die für Demenz gesellschaftlich relevanten Themen ab und in welcher Hinsicht ergeben sich Verzerrungen? Auf der Grundlage anthropologischer Reflexion wird schließlich ein Entwurf vorgeschlagen, der das gegenwärtige Konzept aufbricht und in Richtung eines integrativen Modells weiterführt. Letztlich ist angestrebt, die Medizin von der ihr übertragenen Alleinverantwortung zu entlasten und die Gesellschaft in die Pflicht zu nehmen, sich dem komplexen Phänomen Alzheimer-Demenz zu stellen. Statt einer Isolierung des Problems wird eine Kontextualisierung vorgeschlagen.

These 2: Medizin gilt als Leitwissenschaft der Demenz

Woher rührt also das medizinische Paradigma, das den gegenwärtigen öffentlichen Diskurs dominiert?

Während die Geschichte der geistigen Einbußen im Alter durch die Jahrhunderte hindurch von verschiedenen Konzepten und Pathologisierungsschüben bestimmt war, erfolgte in den 1970er-Jahren eine folgenreiche und bis heute durchgreifende Definition: Eine mit der

Aufnahme in die gängigen Krankheitsschemata einhergehende Ausweitung des Krankheitskonzeptes auf Fälle von Demenz im Alter brachte eine pathologische Unterscheidung der senilen Demenz vom Alter selbst mit sich.¹¹ Alzheimer-Demenz wird seitdem als Krankheitsprozess definiert, der vom allgemeinen Alterungsprozess zu unterscheiden und klinisch zu diagnostizieren ist.

Diese Entscheidung, die senile Demenz als Krankheitsprozess zu bezeichnen, hatte verschiedene Konsequenzen. Als deren unmittelbarste fiel die Altersdemenz *per definitionem* in die ausschließliche Zuständigkeit der Medizin. Ihr wurde damit das Deutungs- und Handlungsmonopol über diese Demenz-Form übertragen, und heute gilt sie als Leitwissenschaft, die zuverlässig Aussagen zur Demenz trifft.

Die eingangs beschriebenen demographischen Veränderungen und die damit verbundene stetige Zunahme dementer Menschen drängt zwangsläufig das Problem Alzheimer-Demenz in das Blickfeld des öffentlichen Interesses. Konsequenter greift die Öffentlichkeit zur Erklärung des in dieser Größenordnung neuen Phänomens auf Experten zurück, denen die Auseinandersetzung mit Demenzen übertragen wurde: Über das trojanische Pferd naturwissenschaftlicher Objektivität fand das medizinische Demenz-Konzept Eingang in den gesellschaftlichen Diskurs über Demenz. Wenn heute über Demenz gesprochen wird, dann wird in den von der medizinischen Forschung bereitgestellten Kategorien argumentiert.

Die Medizin unterliegt jedoch als Anwendungswissenschaft einem methodisch notwendigen Reduktionismus, ist ihr Aufgabenbereich doch auf die Diagnostik von Erkrankungen und deren Therapie sowie auf Linderung von Leiden eingeschränkt.¹² Reduktionen, wie sie die Medizin im Sinne ihres Auftrags dringend vornehmen muss, wurden jedoch mit der Übernahme des medizinischen Paradigmas in die öffentliche Debatte als allgemeingültig übernommen. Dies betrifft im Kern einen anthropologischen Dualismus, der zu Einseitigkeiten in der Bewertung führt und Leerstellen zur Folge hat. Eignet sich ein solches Demenz-Konzept für den gesellschaftlichen Umgang mit den Betroffenen?

Das von der Medizin entworfene Demenz-Konzept impliziert verschiedene Punkte, die auf die oben skizzierte Weise in die öffentliche Debatte gelangten. In seinen Kernpunkten betrifft dies drei Bereiche, die im Folgenden hinsichtlich ihrer Implikationen und Konsequenzen dargestellt werden.¹³

Pathologisierung

Die erst vor ca. 30 Jahren erfolgte Definition der senilen Form der Alzheimer-Demenz als Krankheit hat seitdem nicht nur eine gänzliche Übertragung in den Verantwortungsbereich der Medizin und der Ärzte, sondern in ihrer Janusköpfigkeit auch eine scharfe Abgrenzung von gesunden Formen des Alterns zur Folge. Die Spanne zwischen einem gesunden, aktiven

Altern und einem krankhaften Altern wurde dadurch vergrößert. In der Folge werden demente Menschen zunehmend stigmatisiert.

Der Einfluss soziokultureller Wertungen darf bei der Krankheitsdefinition nicht zu gering veranschlagt werden.¹⁴ Indem Rationalität und Selbstbewusstsein als Kernpunkte eines weithin vorherrschenden Menschenbildes gelten,¹⁵ erscheint es als eine logische Folge, Prozesse des Alterns, die mit einem Verlust der Fähigkeit zu rationaler Selbstbestimmung einhergehen, in den pathologischen Bereich zu drängen und mit dem Siegel „krank“ zu versehen. Wenn eine Krankheitsdefinition grundsätzlich einen sozialen Schutzbereich um die Betroffenen zu ziehen vermag, so hat dieser Vorgang bei Demenzen im Rahmen des gegenwärtigen kulturellen Kontextes und im Zusammenhang mit einer Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu chronischen Krankheiten sowie zurückgehenden Ressourcen im medizinischen und pflegerischen Bereich eine Marginalisierung dementer Menschen zur Folge.

Mit der Definition der Alzheimer-Demenz als Krankheit und ihrer Aufnahme in Diagnoseschemata ging eine Intensivierung der medizinischen Forschung ebenso einher wie eine Zunahme der Zahl als dement diagnostizierter Menschen. Im Forschungsbereich der Medizin und Pharmazie werden viele Ressourcen zur Verfügung gestellt, um Therapiestrategien zu entwickeln. Für pathologische Phänomene scheinen vor allem medizinische Lösungen in Frage zu kommen. An dieser Stelle können die sich aus der bislang nicht möglichen kausalen Heilungsmöglichkeit resultierenden Konsequenzen – wie eine vernachlässigte Reflexion über die Bedeutung pflegerischer Maßnahmen oder eine Relativierung des Lebensschutzes – nur angedeutet werden.

Kognitives Paradigma

Mit diesem ersten Kernpunkt des gegenwärtigen Demenz-Prozesses ist das kognitive Paradigma der Demenz vielfach verwoben. Während sich im Verlauf der Forschungsgeschichte der Alzheimer-Demenz im 20. Jahrhundert immer wieder ihr Konzept geändert hatte, blieb seit der Namensgebung der zunehmende Verlust der kognitiven Leistungsfähigkeit ihr Kernelement. Um diesen Kern herum bewegte sich allerdings eine weiche Peripherie, die jeweils von den Forschungsfortschritten der biologisch-medizinischen Forschung und ihrer Ausdifferenzierung in verschiedene Disziplinen beeinflusst wurde und sich wandelnde Konzepte hervorbrachte. Indem das kognitive Paradigma als ein zweiter Kernpunkt des gegenwärtigen Demenz-Konzeptes bestimmt wird, wird das Konzept prinzipiell für reduktionistische Personkonzeptionen anschlussfähig.¹⁶

Rationalität und Selbstbewusstsein gelten als notwendige Voraussetzungen der Persondefinition in modernen Gesellschaften. Der hohe Stellenwert kognitiver Leistungsfähigkeit scheint demnach Menschen mit Demenz von der vollen Mitgliedschaft

menschlicher Gemeinschaft auszuschließen. In reduktionistischen Personkonzeptionen sind bereits anfanghaft Strategien einer Entpersonalisierung dementer Menschen nachweisbar. So werden in manchen Entwürfen demente Menschen nur noch als Personen im sozialen Sinn, als Quasi- oder Post-Personen betrachtet. Ihr moralischer Status kann dann im Verlauf der Demenz immer weiter eingeschränkt werden, bis es nur noch eine Frage der Vereinbarung ist, inwieweit dementen Menschen mit Respekt zu begegnen ist und worauf sich dieser erstreckt. Konzeptionen, die den Personstatus eines Menschen an den aktuellen Besitz von Bewusstseinsleistungen binden, müssen in logischer Folge dementen Menschen das Personsein absprechen oder es zumindest graduell einschränken. Wenn ein abgestuftes moralisches Personkonzept verfolgt wird, fallen demente Menschen mit Fortschreiten des dementiellen Prozesses immer weiter aus dem Schutzkonzept der Menschenwürde heraus. Es kann an dieser Stelle nicht entschieden werden, ob reduktionistische Personkonzeptionen dem gegenwärtigen Demenz-Konzept vorausliegen oder nachfolgen. Aus heutiger Sicht ethischer Debatten ist jedoch zumindest anzunehmen, dass diese Personkonzeptionen mit dem gegenwärtigen Demenz-Konzept kompatibel sind: In Analogie zu Diskussionen um den Status von Embryonen inner- oder außerhalb des Mutterleibes (so genannte Prä-Personen) wird in jüngsten Publikationen von schwer dementen Menschen als so genannten Post-Personen gehandelt.¹⁷ Ihnen ist zwar noch mit Respekt vor der Person, die sie einmal waren, zu begegnen, aber nicht mehr mit der Anerkennung als Personen im Vollsinn. Als Konsequenz daraus ergibt sich im praktischen Bereich ebenso ein therapeutischer und – was wesentlich schwerer wiegt – pflegerischer Nihilismus wie auch explizite Forderungen nach der Anwendung von Sterbehilfemaßnahmen bei schwer dementen Menschen.

Vernachlässigung der zweiten Hälfte des Demenzprozesses

Ein drittes Kernmoment des gegenwärtigen Demenz-Konzeptes ist durch eine Leerstelle bestimmt: Durch das Interesse der Medizin an der Diagnostik und der Suche nach kausalen Therapiemöglichkeiten konzentriert sich das gegenwärtige Demenz-Konzept nahezu vollständig auf die erste Hälfte der Demenz. Die Hilfskonstruktion der Trennung in Phasen und Stadien des Demenzprozesses führte in der medizinischen Betrachtungsweise dazu, die „zweite Hälfte“ der Demenz – dann, wenn nach dem momentanen medizinischen Kenntnisstand „nichts mehr zu tun ist“ (als Pflege), auszublenden: Die zweite Hälfte des Demenz-Prozesses, in der die kognitiven Funktionen der Betroffenen stark eingeschränkt sind und die körperlichen Einbußen immer zahlreicher und ausgeprägter zum Vorschein treten, wird innerhalb des gegenwärtigen Demenz-Konzeptes stark vernachlässigt. Vonseiten der Medizin scheint hier keine Zuständigkeit mehr zu bestehen. Wird dieses Konzept mit seiner Konzentration auf die Anfangsphasen der Demenz unadaptiert in die Öffentlichkeit übertragen, findet nur eine Phase des langwierigen Demenzprozesses Aufmerksamkeit.

These 3: Die Würde des Menschen mit Demenz ist unantastbar

"Ich habe versucht, meinen Eltern zu erklären, was das Leben für ein komisches Geschenk ist. Am Anfang überschätzt man dieses Geschenk, man glaubt, man lebt ewig. Später unterschätzt man es, man findet es kümmerlich, zu kurz, am liebsten würde man es wegschmeißen. Am Ende wird einem klar, dass es gar kein Geschenk ist, sondern nur geliehen."¹⁸

Das gegenwärtig vorherrschende Demenzkonzept stellt somit zwar ein mögliches Interpretationsmodell dar, das seine Attraktivität vor allem der Herkunft aus dem scheinbar objektiven Grundmuster der Naturwissenschaften verdankt. Allerdings liegen ihm Prämissen zugrunde, die sich aus dem funktionalen Zugang der Medizin an das Phänomen erklären: Aus einem methodisch bedingten Reduktionismus wird durch die Tradierung der medizinischen Konzeption in ein öffentliches Konzept ein anthropologischer Reduktionismus. In seinen Kernpunkten werden dabei bedeutsame Aspekte ausgeblendet. Die darin angelegten möglichen Folgen und Konsequenzen konnten weiter oben nur angedeutet werden.

Eine solidarische Gesellschaft kann sich damit nicht zufrieden geben und müsste konsequenterweise das derzeitige Demenz-Konzept prüfen und sich davon emanzipieren. Um eine ganzheitlichere Sicht auf die Demenz-Problematik und einen integrativen Umgang mit dementen Menschen zu ermöglichen, schlägt der vorliegende Ansatz vor, in einem ersten Schritt auf Prinzipien eines ganzheitlichen Menschenbildes hinzuweisen, auf dessen Fundament ein veränderter Umgang mit der Demenz-Problematik möglich ist. Für eine anthropologische Grundlegung wird dabei auf die Grundlagen einer theologischen Anthropologie zurückgegriffen. Ein zweiter Schritt wird Konkretionen formulieren und Wege aufzeigen, wie diese neue Sicht auf Alzheimer-Demenz in der Praxis umsetzbar ist, denn wenn Alzheimer-Demenz, wie weiter oben angedeutet, bereits ein die gesamte Gesellschaft betreffendes Problem ist und in Zukunft in immer schärferer Form werden wird, sollten Lösungsperspektiven nicht darin gesucht werden, die Auseinandersetzung an eine einzelne Wissenschaft zu delegieren, sondern das Thema als gesamtgesellschaftliches Phänomen zu bearbeiten.

Eine Ethik der Demenz, die demente Menschen vor der Erosion in die Aberkennung des Personstatus bewahrt, kann vernünftig einzig von der Grundannahme ausgehen, dass allen Menschen die Gesamtheit ihres Lebens über die gleiche Würde zukommt. Auf der Grundlage einer solchen Persondefinition, die bereits Boethius vorlegte, herrscht entgegen den für das gegenwärtige Demenz-Konzept als anschlussfähig bezeichneten empiristischen Personkonzeptionen in der Nachfolge John Lockes in der europäischen moralphilosophischen und moraltheologischen Tradition der Grundkonsens vor, dass alle Menschen Personen sind.¹⁹

Damit ist auch die Konsequenz verbunden, dass jeder Mensch, gleich über welche aktuellen Fähigkeiten er verfügt, unter dem Schutz der Menschenwürde steht.

Es ist ein und derselbe Mensch, der als Dementer über das gleiche Lebensrecht verfügt wie als Alternder, Erwachsener, Neugeborener oder Ungeborener. Die Identität der Person ist dabei immer auch die durch sie selbst oder andere Personen konstituierte Kontinuität mit dem Vergangenen.²⁰ Dieses Argument der Kontinuität der Person geht davon aus, dass die menschliche Existenz in einem einzigen Kontinuum verläuft, das sich in verschiedenen Lebensabschnitten ausdrückt, die jedoch alle zur Zeitgestalt ein und derselben über ihre verschiedenen Lebensphasen mit sich identischen Person gehören.²¹

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Tatsache, dass der Demenz-Prozess ohne moralisch relevante Zäsuren verläuft, erst ihre volle Bedeutung. Keine noch so große Zahl von Plaquesablagerungen im Hirn eines alzheimer-dementen Menschen vermag es, einen Bruch darzustellen. Der Prozess der Demenz läuft auch aus medizinischer Sicht vielmehr als Kaskade ab, in der keine relevanten Einschnitte festzustellen sind. Zu jedem Zeitpunkt der Demenz steht der Mensch in Kontinuität mit seinem Leben voller individueller Vorlieben und Prägungen, die er zeit seines Lebens ausgebildet hat:²² „Auch wenn Menschen nicht in der Lage sind, sich selbst als Personen zu äußern, bleiben sie durch ihre vielfältigen Beziehungen zu anderen Personen sowie auf Grund ihrer leiblichen Präsenz für diese anderen als Person mit all ihren Rechten und Ansprüchen gegenwärtig.“²³ Wenn sich auch die Persönlichkeit eines Menschen im Lauf des Demenz-Prozesses verändert, so bleibt die Person des dementen Menschen sowohl identisch mit der Person vor Auftreten der ersten Symptome als auch über den Demenz-Prozess hinweg. Die aus der Medizin heraus funktional bedingte Trennung in Stadien der Demenz sollte im Rahmen eines integrativen Modells zugunsten eines den Verlauf betonenden Prozesses nicht mehr verwendet werden.

Darüber hinaus verlangt die Tatsache, dass ein dementer Mensch in der Endphase seines Lebens angelangt ist, zwar praktisch Rücksicht auf diese besondere anthropologische Lebenssituation. In grundlegender Hinsicht ändert dies jedoch nichts an seinem würdevollen Dasein. Eine Teilung in eine zu therapierende erste Hälfte der Demenz und eine gänzlich vernachlässigbare zweite Hälfte kommt von diesem anthropologischen Blickwinkel aus nicht in Frage.

Im Gegensatz zum gegenwärtigen Diskurs ist die leib-seelische Einheit des Menschen ernst zu nehmen. Gegen eine einseitige Fixierung auf die Kognition ist daran zu erinnern, dass der Mensch zwar als ein vernunftbefähigtes Wesen bestimmt ist, das aber seine Vernunftbegabtheit nicht zu jedem Zeitpunkt gleichermaßen ausüben muss. Ein Personenverständnis, das allein auf kognitive Fähigkeiten abhebt und der konkreten Leiblichkeit des Menschen keine Beachtung schenkt, bleibt abstrakt. „Es verfehlt die unhintergehbaren Existenzbedingungen konkreter Personen [...],“²⁴ zu der die Dimension der Leiblichkeit wesentlich gehört.

Die Fixierung auf aktuell vorhandene geistige Leistungsfähigkeit im Rahmen reduktionistischer Personkonzeptionen hat einen weiteren entscheidenden Fehler: Sie setzt einen anthropologischen Dualismus, den man bereits für überwunden geglaubt hat, voraus und führt ihn unter säkularen Vorzeichen wieder in die Debatte ein. In dieser Sichtweise macht das aktuell vorhandene Bewusstsein mit seinen Kognitionsleistungen das Personsein aus. Der Körper erscheint dann nur noch als biologisches Beiwerk. Eine solche Nichtbeachtung der Leiblichkeit des Menschen verkennt allerdings die anthropologische Bedeutung des Körpers für die Person. Nur in seinem Leib kann der Mensch sich ausdrücken, begegnet er anderen Menschen und der Welt. Dabei hat die Leiblichkeit des Menschen auch eine moralische Bedeutung: Erst die leibliche Ausdrucksfähigkeit ermöglicht den Selbstvollzug der Person. Daher gebührt ihr Zeit ihres Lebens Achtung und Würde. Wir achten einen Menschen aber nur dann, wenn wir ihm in jeder Ausdrucksgestalt, in der er existiert, Würde und Achtung entgegenbringen. An diese Grundbedingung ist zu erinnern, wenn wir nach dem Personstatus dementer Menschen fragen.

Aus ihr fließt eine weitere praktische Bedingung, die für eine Grundlegung eines neu konzipierten Demenz-Modells von Bedeutung ist, denn auf die Bedeutung nicht-kognitiver Einbußen und Fähigkeiten haben auch Psychiater bereits aufmerksam gemacht.²⁵ Künftig wird noch deutlicher auf die Grundbedingungen der Leiblichkeit bei Demenz einzugehen sein. Die konkrete Pflegesituation und die Bedürfnisse des Körpers dementer Menschen sollten demnach eingehender als bislang reflektiert werden.

These 4: Demenz ist Leben in Beziehungen

"Es ist toll, das Leben zu zweit."²⁶

Einer bislang dominierenden Darstellung des dementen Menschen als monadisches Einzelwesen ist die Relationalität des Menschen gegenüberzustellen. Der Mensch kann sein Leben nur im Verhältnis zu anderen leben. Es gehört wesentlich zum Menschsein, dass man es nur in Relation, d. h. in Bezug auf andere und mit anderen zusammen ist.

Bezogen auf die Demenz bedeutet dies: Demente Menschen werden nicht zu Einzelwesen, auch wenn sie im Verlauf des Prozesses den Kontakt mit ihrer Umwelt nach und nach verlieren mögen. Selbst in der extremen Hilflosigkeit der Demenz kann die Würde des Menschen von anderen wahrgenommen werden.²⁷ Die Sichtbarmachung von Würde ist ein interaktionelles Geschehen. Sie wird dem Dementen von demjenigen entgegengebracht, der ihn in seinem veränderten Sosein versteht und annimmt. Begegnung mit dementen Menschen bedeutet damit immer auch den Vollzug eines Anerkennungsaktes, indem der Angehörige, der Pflegende oder der Arzt seine persönliche Beziehungsfähigkeit zum Ausdruck bringt.

Die Mitmenschen – konkret die Angehörigen und Pflegenden, im weiten Sinne die Gesellschaft – sind es, die dem dementen Menschen seine Würde entgegenbringen und die verletzte

Person vor unzulässigen Übergriffen oder der Aberkennung der Menschenwürde schützen. Innerhalb einer theologischen Anthropologie wird die besondere Berücksichtigung der Verletzlichkeit der Person und die geschuldete Solidarität besondere Aufmerksamkeit finden: Ähnlich wie eine Option für die Armen ist in den Fundamenten einer christlichen Lebensethik ein Vorrang der verletzlichen Person verankert. Dieser gebietet es, im praktischen Handeln Rücksicht zu nehmen auf die besondere Situation dementer Menschen, und ihnen Pflege und Zuwendung zukommen zu lassen, um ihr persönliches Wohlbefinden zu stärken und es so lange und so gut es geht zu erhalten.

These 5: Das große Vergessen I: Betroffene und Angehörige

"Was hast Du denn gegen Deine Eltern?"

'Sie fürchten sich vor mir. Sie trauen sich nicht, mit mir zu reden. Und je weniger sie sich trauen, um so mehr komm ich mir wie ein Monster vor. Warum jage ich ihnen solche Angst ein? Bin ich so hässlich? Stinke ich? '

'Sie haben keine Angst vor dir, Oskar. Sie haben Angst vor der Krankheit.'"²⁸

Aus dem bisher Gesagten folgt, dass eine integrative Demenz-Ethik am Personstatus dementer Menschen Maß nehmen muss. Das gegenwärtig vorherrschende Demenz-Konzept greift in dieser Hinsicht zu kurz. Ausgehend vom bislang Dargelegten, wird ein Demenz-Modell vorgeschlagen, das von einer erweiterten anthropologischen Grundlage ausgeht. Von hier aus können in der Konkretion drei einzelner, die Demenz-Problematik betreffende Bereiche Anhaltspunkte für eine konkrete Kontextualisierung der hier vorgelegten Prinzipien für gesellschaftlich relevante Demenz-Felder gegeben werden.

Die Bedeutung der relationalen Verfasstheit des Menschen tritt bei Demenz deutlich vor dem in der Medizin-Ethik derzeit hochgeschätzten Autonomieprinzip hervor, das bei der Demenz an seine Grenzen gelangt. Konkret folgt daraus die Forderung, das Betroffenen-Angehörigen-Verhältnis in den Blick zu nehmen.

Angehörige sind dabei in zwei Richtungen stärker als bislang ernst zu nehmen: zum einen in ihrer Rolle als nächste Bezugspersonen dementer Menschen, zum anderen in ihrer Rolle als selbst Betroffene. Als unmittelbare Bezugspersonen kommt den Angehörigen eine nicht hoch genug einzuschätzende Bedeutung zu. Sie sind es, die im Verlauf der Demenz für die Identität, Kontinuität und Relationalität dementer Personen bürgen: Durch die Kenntnis eines zumindest großen Teiles der Lebensgeschichte und des Charakters der Betroffenen können sie Auskunft geben über Vorlieben und Abneigungen, wenn demente Menschen sich selbst nicht mehr äußern können. So belegen beispielsweise musiktherapeutische Ansätze, dass demente Menschen ein deutlich höheres Wohlbefinden beim Abspielen ihrer Lieblingsmusik zeigen. Auskünfte über solche Präferenzen sind in der Regel nur von vertrauten Bezugspersonen einzuholen.

Doch kommen Angehörige auch in ihrer Rolle als selbst „Betroffene“ des dementiellen Prozesses in den Blick: Sie sind es, die ein Höchstmaß an Pflege leisten und enormen Belastungen ausgesetzt sind – körperlich wie psychisch. Wenn der gewohnte Gesprächspartner verloren geht, gemeinsame Unternehmungen nicht mehr möglich sind, sind dies einschneidende Veränderungen in Beziehungen, die nicht spurlos an den Betroffenen vorbeigehen. Angehörige werden dann selbst zu der Begleitung Bedürftigen.²⁹

These 6: Das große Vergessen: Medizin und Pflege

"Bis dahin war mir nicht klagewesen, wie sehr ich Hilfe brauchte."³⁰

Eine integrative Demenz-Ethik wird um den Personstatus dementer Menschen willen stärker als bisher darauf achten, Medizin und Pflege zu verzahnen. So könnte gewährleistet werden, dass künftig nicht nur die ersten Phasen des Demenzprozesses Beachtung erfahren, sondern die Demenz als einheitlicher Prozess gesehen wird, innerhalb dessen auch die späten Phasen, wenn Palliation, Pflege und Begleitung im Vordergrund stehen, Berücksichtigung finden. Die leib-seelische Einheit des Menschen, nicht allein die Kognition, müsste innerhalb einer Demenz-Ethik stärker betont werden.

Angesichts der Verschiebung des Krankheitsspektrums von Akutkrankheiten zu chronischen Krankheiten im Allgemeinen werden Medizin und Ärzte ohnehin zunehmend mit den Aufgaben der Palliation konfrontiert. Es wäre zu wünschen, dass in die Diskussionen um ein sich veränderndes Aufgabenspektrum der Ärzte auch die Versorgung dementer und schwer dementer Menschen mit aufgenommen wird.³¹

Als Bausteine einer an der Person des dementen Menschen orientierten Pflege könnten Elemente in den Vordergrund treten wie der Respekt vor persönlichen Präferenzen, die Wahrnehmungen der inneren Welt des Einzelnen, eine positive Sicht der Leiblichkeit, die Bedeutung von Gefühlen und Emotionen sowie eine besondere Beachtung zwischenmenschlicher Beziehungen. Die moralische Kompetenz wie auch die Sachkompetenz des Pflegepersonals müsste weiter gefördert werden. Der Verlauf eines dementiellen Prozesses verlangt von den professionell Pflegenden dabei immer wieder Änderungen und Wechsel in der Pflegeausrichtung. Diese kann adäquat nur durch das genaue Hinhören auf und Einfühlen in den Patienten gewährleistet werden. Dabei verlangt die Pflege eines dementen Menschen von den Pflegenden ein hohes Maß an menschlicher Kompetenz und die Bereitschaft, sich mit dem möglichen Leiden der Betroffenen, ihrem Lebensweg mit seinen Schwerpunkten und Weichenstellungen auseinander zu setzen.

Um das gegenwärtig vorherrschende Demenz-Konzept durch ein integratives Modell abzulösen, ist ein breiteres Engagement gesellschaftlicher Institutionen und Gruppen notwendig. Dies betrifft nicht nur den dringend notwendigen Dialog zwischen Medizin und

Pflege. Brücken zwischen verschiedenen Disziplinen und Gruppierungen müssen auch in anderen Bereichen gebaut werden. Angesichts der demographischen Verschiebungen sind dringende politische Entscheidungen, die z. B. Wohnformen im Alter betreffen, erforderlich: Wie kann die große Zahl dementer Menschen in den kommenden Jahren und Jahrzehnten versorgt werden?

These 7: Das große Vergessen III: Fürsorge

"[...] hundertzehn Jahre alt. Das ist 'ne Menge. Ich glaub, ich fang' zu sterben an."³²

Eine solidarische Gesellschaft wird die Beschäftigung mit dem Phänomen Demenz nicht weiter allein den Experten einer Disziplin überantworten. Indem eine Gesellschaft sich den mit dem Phänomen der Demenz verbundenen Problemen stellt und ein ganzheitliches Bild entwirft, wird sie ihrer Verantwortung gegenüber ihren schwächeren Mitgliedern gerecht werden. Die umfassende Auseinandersetzung mit Demenz wird nicht einfach sein, da anspruchsvolle Kompetenzen verlangt und unangenehme Themen berührt werden müssen. Alzheimer-Demenz führt nicht nur die Endlichkeit des menschlichen Lebens vor Augen,³³ sondern verlangt auch ein Überdenken von in Medizin-Ethik und Gesellschaft gewohnten Prinzipien. Nicht zuletzt kommt die heute weithin verbreitete Absolutsetzung der Autonomie bei Alzheimer-Demenz an ihre Grenzen. Wo eine Verfügung über sich selbst nicht mehr ausgesprochen werden kann, wird sie leicht ersetzt durch eine Verfügung durch andere. An die Stelle einer Überbetonung des Selbstbestimmungsprinzips, wie es aus einer Abwehrhaltung gegenüber dem als negativ konnotierten Paternalismus heraus heute gefordert wird, wird das Element der Fürsorge treten müssen.

Ein Ethos der Fürsorge entspringt der Grundeinsicht in die Relationalität und das menschliche Angewiesensein auf andere. Indem es das Wohlergehen der hilfsbedürftigen Personen in den Vordergrund stellt, sollte das Grundprinzip des pflegerischen, ärztlichen und gesellschaftlichen Ethos stärker betont werden. Eine fürsorgliche Gesellschaft wird das Wohlergehen dementer Menschen in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen stellen. Indem sie Rücksicht auf alte, hilfsbedürftige Personen nimmt, spricht sie sich für eine Option des Schutzes verletzlicher Personen aus

Ausblick: Demenz ist eine Aufgabe für die gesamte Gesellschaft

In jeder Gesellschaft spiegelt der Umgang mit den schwächsten ihrer Mitglieder auch soziale Strukturen wider. Einer solidarischen Gesellschaft kommt die Aufgabe zu, sich über den Umgang mit dem neuen und wachsenden Phänomen Alzheimer-Demenz Rechenschaft abzulegen. Eine öffentliche Auseinandersetzung mit dem Thema Alzheimer-Demenz wird erst dann stattfinden können, wenn sich die eingangs beschriebene Dämonisierung aufzulösen beginnt. Eine Voraussetzung dazu ist, das Thema Demenz in die Mitte der Gesellschaft zu

rücken und es nicht weiter als ein rein medizinisches Phänomen, für dessen Behandlung Experten zuständig sind, zu definieren. Wenn sich die Gesellschaft dem Problem stellt, wird sie die Medizin von der ihr übertragenen alleinigen Verantwortung entlasten und sich selbst in die Pflicht nehmen lassen.

Ich bin mir nicht sicher, ob Oskar aus dem Buch mit meinen Ausführungen zufrieden gewesen wäre. Wenn es mir auch nur annähernd gelungen sein sollte, mit einem ihm ähnlichen, unverstellten Blick auf das Leben in Beziehungen zu schauen und neue Perspektiven auf den Umgang mit dementen Menschen zu formulieren, so sollte mir das genügen. Überlassen wir am Ende Oskar das letzte Wort. Oskar baut Beziehungen über seinen ganzen Krankenhausaufenthalt auf. Zu seinem behandelnden Arzt hat er eine besondere Beziehung – und hält ihm einen Spiegel vor:

"Machen Sie doch nicht so ein Gesicht, Doktor Düsseldorf. Hören Sie, ich will ganz offen mit Ihnen reden; ich war immer sehr gewissenhaft beim Schlucken meiner Pillen, und Sie waren immer sehr korrekt beim Behandeln meiner Krankheit. Hören Sie also auf, so schuldbewusst zu gucken. Es ist nicht Ihre Schuld, wenn Sie den Leuten schlechte Nachrichten überbringen müssen, Krankheiten mit lateinischen Namen, die nicht zu heilen sind. Sie müssen sich entspannen. Zur Ruhe kommen. Sie sind nicht Gottvater. Sie können nicht über die Natur bestimmen. Sie sind nur eine Art Mechaniker. Sie müssen mal loslassen, Doktor Düsseldorf, locker werden und sich selbst nicht so wichtig nehmen, sonst werden Sie diesen Beruf nicht lange ausüben können. Na, schauen Sie doch mal Ihr Gesicht an.

Denn beim Zuhören hatte Doktor Düsseldorf den Mund so weit aufgesperrt, als würde er ein Ei verschlucken. Dann lächelte er, ein sanftes Lächeln, und er gab mir einen Kuß. 'Du hast recht, Oskar. Danke, dass Du mich darauf aufmerksam gemacht hast.' 'Nicht der Rede wert, Doktor. Stets zu Ihren Diensten. Kommen Sie vorbei, wann immer Sie wollen.'³⁴

Nachweise/Literatur

¹ Eric-Emmanuel Schmitt, Oskar und die Dame in Rosa, Frankfurt a. M. ²⁴2003; vgl. Stefanie Schardien, Konflikte am Lebensende – Theologisch-ethische Perspektive, Vortrag am 14.10.2006 in der Evangelischen Akademie Hofgeismar auf der Tagung: „In Würde sterben. Zur Begleitung von Menschen am Lebensende“ [http://www.ekkw.de/akademie.hofgeismar/publ/Vortraege/06250_Schardien_Konflikte_am_Lebensende_Vortrag.pdf – 7.1.2008].

² Schmitt, Oskar (wie Anm. 1), 93.

³ Peter Granser, Alzheimer, Heidelberg 2005.

⁴ Schmitt, Oskar (wie Anm. 1), 97.

⁵ Vgl. K. U. Mayer/P. B. Baltes (Hg.), Die Berliner Altersstudie. Das höhere Alter in interdisziplinärer Perspektive, Berlin ²1999 (orig.: Berlin 1996).

⁶ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und

Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, o. O. 2002, 55, Tab. 1-1: ca. 23 %.

- ⁷ Vgl. A. F. Jorm/A. E. Korten/A. S. Henderson, The Prevalence of Dementia. A Quantitative Integration of the Literature, in: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 76 (1987) 465–479.
- ⁸ Vgl. A. O. Kern/F. Beske, Entwicklung und Zahl der Demenzpatienten in Deutschland bis zum Jahr 2030, Kiel 1999 (IGSF, Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel), 22; H. Bickel, Epidemiologie der Demenz, in: K. Beyreuther/M. Einhäupl/H. Förstl/A. Kurz (Hg.), *Demenzen. Grundlagen und Klinik*, Stuttgart/New York 2002, 15–41.
- ⁹ Vgl. die Zitate in dieser Reihenfolge aus: D. B. Morris, *Krankheit und Kultur. Plädoyer für ein neues Körperverständnis*, München 2000, 164; N. C. Andreasen, *Brave new Brain. Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*, Oxford 2001, 253; A. Fuhrmann, *Das Alzheimerschicksal meiner Frau. Lebend begraben im Bett? Ein persönlicher Erfahrungsbericht*, Stuttgart 1990; S. B. Nuland, *How We Die. Reflections on Life's Final Chapter*, New York 1994, 164; Bayer-Pharmaforschung (Hg.), *Von Menschen für Menschen*, Leverkusen 1998, 45; I. B. Black, *The Dying of Enoch Wallace. Life, Death, and the Changing Brain*, New York 2001, 21; R. E. Tanzi/A. B. Parson, *Decoding Darkness. The Search for the Genetic Cause of Alzheimer's Disease*, Cambridge 2000, XIII: „Few real nightmares on earth compare to the terror wrought by Alzheimer's disease.“; L. Thomas, *The Problem of Dementia*, in: ders., *Late Night Thoughts on Listening to Mahlers's Ninth Symphony*, New York 1983, 120–126, hier 121; A. Bahnen, *Todesstachel*. Walter Jens und Hans Küng streiten für die aktive Sterbehilfe, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* Nr. 101 vom 02.05.2001, 61.
- ¹⁰ Vgl. S. G. Post, *The Moral Challenge of Alzheimer Disease. Ethical Issues from Diagnosis to Dying*, Baltimore/London 2000; P. J. Whitehouse/K. Maurer/J. F. Ballenger (Eds.), *Concepts of Alzheimer Disease. Biological, Clinical, and Cultural Perspectives*, Baltimore/London 2000; T. Kitwood, *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*, Bern ⁵2008; S. R. Sabat/R. Harré, *The Construction and Deconstruction of Self in Alzheimer Disease*, in: *Ageing and Society* 12 (1992) 443–461; N. Rigaux, *Le pari du sens. Une nouvelle éthique de la relation avec les patients âgés déments*, Le Plessis-Robinson 1998; T. Collaud, *Le statut de la maladie d'Alzheimer. Eléments d'une anthropologie théologique de l'homme malade à partir de la maladie d'Alzheimer*, Freiburg i. Ue. (Academic Press) 2003 (Etudes d'éthique chrétienne. Nouvelle série, vol. 1; zugl.: Fribourg, Univ., Diss.); P. Wißmann/R. Gronemeyer, *Demenz und Zivilgesellschaft. Eine Streitschrift*, Frankfurt a. M. 2008; H. Rügger, *Alter(n) als Herausforderung. Gerontologisch-ethische Perspektiven*, Zürich 2009, und P. J. Whitehouse/D. George, *Mythos Alzheimer. Was Sie schon immer über Alzheimer wissen wollten, Ihnen aber nicht gesagt wurde*, Bern u. a. 2009.
- ¹¹ Vgl. H. Lauter/J. E. Mayer, *Clinical and Nosological Concepts*, in: C. Müller/L. Ciompi (Eds.), *Senile Dementia. Clinical and Therapeutic Aspects*, Bern 1968, 13–26, und H. Förstl, *Die Alzheimer Demenz – ein Problem mit Zukunft*, in: ders./H. Bickel/A. Kurz (Hg.), *Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie*, Berlin u. a. 1999, 3–7.
- ¹² Vgl. W. Wieland, *Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik. Philosophische Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft*, Heidelberg 1986
- ¹³ Vgl. V. Wetzstein, *Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz*, Frankfurt a. M. 2005, und V. Wetzstein, *Alzheimer-Demenz. Perspektiven einer integrativen Demenz-Ethik*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 51 (2005) 27–40, und E. Schockenhoff/V. Wetzstein, *Relationale Anthropologie. Ethische Herausforderungen bei der Betreuung von dementen Menschen*, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38 (2005) 262-267.
- ¹⁴ Vgl. D. Lanzerath, *Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik*, Freiburg i. Br./München 2000, und H. Schipperges, *Krankheit und Kranksein im Spiegel der Geschichte*, Berlin u. a. 1999.
- ¹⁵ Vgl. auch S. G. Post, *The Moral Challenge of Alzheimer Disease*, Baltimore/London, 1996, 247.
- ¹⁶ Vgl. z. B. D. Parfit, *Reasons and Persons*, Oxford 1984; M. Tooley, *Abortion and Infanticide*, Oxford ²1985 (orig.: 1983); J. Harris, *Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische*

- Ethik, Berlin 1995 (orig.: The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics, London 1985); P. Singer, Praktische Ethik, Stuttgart ¹1994 (orig.: Practical Ethics, Cambridge 1979; ²1993); H. Tristram Engelhardt Jr., The Philosophy of Medicine. Framing the Field, Dordrecht 2000 (Philosophy and Medicine; Bd. 64); D. Callahan, Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society, New York ²1995 (orig.: New York 1987), und I. McMahan, The Ethics of Killing. Problems at the Margins of Life, Oxford 2002.
- ¹⁷ Vgl. I. McMahan, The Ethics of Killing. Problems at the Margins of Life, Oxford 2002, bes. 43–54 und 270–278.
- ¹⁸ Schmitt, Oskar (wie Anm. 1), 101.
- ¹⁹ Vgl. A. G. Wildfeuer, Art.: Person, in: Lexikon der Bioethik, Bd. 3, Gütersloh 1998, 5–9, und M. Fuhrmann u. a., Art.: Person, in: J. Ritter/K. Gründer, Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 7, Basel 1989, 269–338.
- ²⁰ Vgl. T. Kobusch, Die Entdeckung der Person. Metaphysik der Freiheit und modernes Menschenbild, Darmstadt ²1997 (orig.: 1993), 278.
- ²¹ Vgl. E. Schockenhoff, Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen, Freiburg i. Br. 2009, 506 ff.
- ²² Vgl. J. Vollmann, Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie. Ein Beitrag zur Ethik in der Medizin, Darmstadt 2000.
- ²³ R. Spaemann, Personen. Versuche über den Unterschied zwischen „etwas“ und „jemand“, Stuttgart ²1998 (orig.: Stuttgart 1996), 79.
- ²⁴ Vgl. E. Schockenhoff, Der vergessene Körper. Über die Einheit von Person und menschlicher Natur, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 48 (2002) 271–281.
- ²⁵ Vgl. A. Kurz/H. Lauter, Klinische Aspekte der Alzheimer-Krankheit, in: H. Helmchen/F. Henn/H. Lauter/N. Sartorius (Hg.), Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 4: Psychische Störungen bei somatischen Krankheiten, Berlin u. a. ⁴1999, 71–103.
- ²⁶ Schmitt, Oskar (wie Anm. 1), 80.
- ²⁷ Vgl. H. Lauter, Die auf Widerruf gestundete Zeit wird sichtbar am Horizont. Das Lebensende Demenzkranker, in: V. Wetzstein (Hg.), Ertrunken im Meer des Vergessens? Alzheimer-Demenz im Spiegel von Ethik, Medizin und Pflege, Freiburg i. Br. 2005, 9–29.
- ²⁸ Schmitt, Oskar (wie Anm. 1), 85.
- ²⁹ B. Woods/J. Keady/D. Seddon, Angehörigenintegration. Beziehungszentrierte Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz, Bern u. a. 2009.
- ³⁰ Schmitt, Oskar (wie Anm. 1), 36.
- ³¹ Vgl. M. Kojer, Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie, Freiburg i. Br. 2009; E. Grond, Palliativpflege bei Menschen mit Demenz, Stuttgart 2009, und M. Weissenberger-Leduc, Palliativpflege bei Demenz, Wien u. a. 2009.
- ³² Schmitt, Oskar (wie Anm. 1), 103.
- ³³ Vgl. I. Lamp (Hrsg.), Umsorgt sterben. Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase begleiten, Stuttgart 2010; J. Gauer, Du hältst Deine Hand über mir. Gottesdienste mit Demenzkranken, Düsseldorf 2009, und A. Eglin, Das Leben heiligen. Spirituelle Begleitung von Menschen mit Demenz, Zürich 2006.
- ³⁴ Schmitt, Oskar (wie Anm. 1), 95 f.