

Palliativmedizin

Eine praxistaugliche Montage¹/Collage

Schriftliche Abschlussarbeit zur Erlangung des Geriatrie Diploms der ÖÄK

Dr.med. Alois Josef Dengg
A-6290 Mayrhofen, Hollenzen 100,
www.draloisdengg.at



Palliativmedizin ist nach den Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Gesellschaften für Palliativmedizin: *„Die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative (auf Heilung ausgerichtete) Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt“.*

Nicht die Verlängerung der Überlebenszeit um jeden Preis, sondern die Lebensqualität, also die Wünsche, Ziele und das Befinden des Patienten stehen im Vordergrund der Behandlung.

Vereinfacht ausgedrückt ist Palliativmedizin (lat. pallium = Mantel) die Behandlung und Pflege von Patienten, die an einer nicht heilbaren Krankheit leiden!

Ich habe mir erlaubt, die folgende „dynamische“ Definition der Palliativmedizin - mehr vom „Pallium“ (Mantel) inspiriert, zu entwickeln:

„Ich wickle den „fürsorglich umsorgenden therapeutischen Mantel“ um den schutz- und hilflosen Kranken um ihn vor „nebenwirkungsträchtigen“ Therapien, vor monomanen Betrachtungsweisen, Strömungen und Einflüssen, auch aus der Umgebung, welche nur das Leiden verlängern würden, zu schützen.“

¹In der Literatur das Zusammenfügen von vorgegebenen Textfragmenten zu einem neuen Text. **Montage:** Zusammensetzen, von frz. montage: Aufbau, zu monter: steigen, als Tätigkeit Montieren. Übernahme unveränderter Bruchstücke literarischer Werke oder außerliterarisch erfahrener Wirklichkeitsbereiche in ein neues Werk. Die literarische Montage entstand nach dem 1. Weltkrieg im Zuge der neuen, großstädtischen Erfahrungen (Alfred Döblin, Karl Kraus), besonders auch im Dadaismus sowie nach 1945 innerhalb der konkreten Poesie. Die **Collage** ist eine Technik der Bildenden Kunst, bei der durch Aufkleben (frz. coller = kleben) verschiedener Elemente ein neues Ganzes geschaffen wird.

Angestrebt wird ein weitestgehend beschwerdefreies, würdevolles Weiterleben bis zum Tod. Daher steht die Linderung der Symptome im Fokus der Palliativmedizin. Außer der *Schmerzbehandlung* umfasst die Palliativmedizin auch *chirurgische Hilfeingriffe, Ernährungskonzepte* und *palliative Chemo- oder Radiotherapie* und die *begleitende psychologische Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen*.



Die Palliativmedizin und die moderne Hospizbewegung entstanden in den 1960er Jahren in England und gehen wesentlich auf **Cicely Saunders** (1918-2005), einer englischen Ärztin, Sozialarbeiterin und Krankenschwester, zurück. Im von ihr gegründeten St.Christopher's - 1967 in Sydenham im Südosten Londons eröffnet werden etwa 2.000 Patienten und ihre Angehörigen pro Jahr betreut.

Die Pionierin der Österreichischen Hospizbewegung Schwester **Hildegard Teuschl** (1937-2009), kehrte **1987** tief beeindruckt vom Besuch eines britischen Sterbehospizes nach Wien zu ihrer Schwesterngemeinschaft Caritas Socialis zurück, und nur zwei Jahre später organisierte sie mit ihren Helfern das erste mobile Hospizteam in Wien. 1993 wurde sie zur Mitbegründerin des Dachverbandes "Hospiz Österreich", dessen Vorsitzende sie bis Ende 2007 war.



Sr.Hildegard Teuschl
(1937-2009)

Hospiz (franz. hospice : Gasthaus) war ursprünglich eine kirchliche oder klösterliche Verpflegungsanstalt für Bedürftige, Fremde oder Kranke (Entstehung des Begriffs Hospital). Der Begriff ist außerdem im Alpenraum geläufig, wo er ein Gasthaus und eine Unterkunft für (in Not geratene) Bergwanderer bezeichnet. Diese Hospize finden sich auf oder in der Nähe der Passhöhen von bedeutenden Alpenübergängen. Heute wird der Begriff wesentlich weiter angewandt: von Unterkunftsstätten mit christlicher Hausordnung bis zu spezialisierten Krankenhäusern (beispielsweise Hospiz für Palliativmedizin) und Einrichtungen der Sozial- und Wohlfahrtspflege (Betreuung krebskranker Kinder).



Die Legende von Sankt Martin

Um das Jahr 338 war Martin als Soldat in Amiens¹ stationiert und zwar in der Reiterei der Kaiserlichen Garde. Sie trugen Metallpanzer, Kammhelm, Schild, Schwert und über allem die Chlamys, einen weißen Überwurf aus zwei Teilen im oberen Bereich mit Schaffell gefüttert - "der besagte Mantel". [¹Heute: ca. 115 km nördlich von Paris gelegene Hauptstadt des französischen Departements Somme und der Region Picardie]. An einem Tag im Winter begegnete Martin am Stadttor von Amiens einem armen, unbedeckten Mann. Außer seinen Waffen und seinem Militärmantel – damals kaum mehr als eine rechteckige Decke – trug Martin nichts bei sich. In einer barmherzigen Tat teilte er seinen Mantel mit dem Schwert und gab eine Hälfte dem Armen. In der folgenden Nacht sei ihm dann im Traum Christus erschienen, bekleidet mit dem halben Mantel, den Martin dem Bettler gegeben hatte.

Ein weiterer Pionier auf dem Gebiet der Palliativmedizin ist der norwegische Arzt **Stein Husebø** (b.1944 bei Bergen, Norwegen). Er sieht die Aufgaben der Palliativmedizin neben der Schmerzbehandlung, auch im **Führen von Gesprächen über Tod und Sterben**. Professor Husebø ist der Leiter des ersten norwegischen Teams für Schmerztherapie und Palliativmedizin am Universitätskrankenhaus Bergen. Seit 1984 ist er der leitende Redakteur der Skandinavischen Zeitschrift für Palliativmedizin. 1988 gründete er die Skandinavische Gesellschaft für Palliativmedizin und war ihr erster Präsident. Des Weiteren ist er Gründungsmitglied der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin. Seit 1995 ist Professor Husebø Gastwissenschaftler in Medizin und interdisziplinären Fachgebieten in verschiedenen europäischen Städten.



*„Die vielleicht verblüffendste Beobachtung, die Palliativmediziner machen, ist der Umstand, dass es einen Unterschied gibt zwischen Symptom (Befund) und Leiden (Befindlichkeit). Wie der Arzt **Eric J. Cassell** (b.1929, US-Internist, MD, MACP) in seinem Buch "The Nature of Suffering and The Goals of Medicine. – Die Natur des Leidens und die Ziele der Medizin" (Oxford University Press 2003) ausführt, kann für manche Patienten bereits *das eigene* und *das ihnen entgegengebrachte Verständnis* - *das Wissen darum, wo die Ursache des Übels liegt*, die Möglichkeit, *seine Bedeutung**

in einem anderen Licht zu sehen, oder auch nur die Einsicht und Akzeptanz, dass wir die Natur nicht immer im Griff haben können - hinreichen, ihr Leiden in Grenzen zu halten. Ein Arzt kann auch dann noch helfen, wenn die Medikamente versagen."

Aus: Atul Gawande (b.1965, US-Chirurg, Philosoph, Ethiker): Kapitel: "Ein elendes Gefühl" in „Die Schere im Bauch – Aufzeichnungen eines Chirurgen“ GOLDMANN 2003

Lebensqualität
vor nebenwirkungsträchtigen Therapiemaßnahmen!

Der Patient mit seiner Befindlichkeit
und geistig-seelischen Gestimmtheit
ist wichtiger als
der behandelbare Befund!

In der orthodoxen Medizin hat man sich bisher mit den **Grenzen der kurativen Medizin** (auf Heilung ausgerichtet) und den **Kriterien, die diese Grenzen aufzeigen**, relativ wenig befasst.



Sterbender Gallier - Kapitolinische Sammlung Rom

Kriterien zur Beendigung einer kurativen Therapie

Wenn die Behandlung nutzlos ist. Es besteht weder eine echte Chance auf Heilung, noch auf Lebensverlängerung.

Wenn der medizinische Aufwand in keinem "realen" Verhältnis zum erwartbaren Erfolg steht.

Wenn der Patient im Sterben liegt. Der Tod steht unmittelbar und unausweichlich bevor.

"Lass mich nicht fallen, wenn das Alter kommt und halte mich,
wenn meine Kräfte schwinden. Manch Unglück haben wir erlebt,
viel Schmerz und Trauer schon gespürt."

Psalm 71

Andre Gorz (1923-2007) Freitod mit Gattin Dorine, österreichisch jüdisch frz. Schriftsteller, Philosoph) beschreibt in seinem 83.Lebensjahr in seinem Buch: „Brief an D. Geschichte einer Liebe“ btb 2. Auflage 2009, wichtige Stationen aus dem gemeinsamen Leben mit seiner Ehe Frau Dorine in Form eines langen Briefes. Er rekapituliert die 58 Jahre des Zusammenlebens mit Dorine, einer Engländerin, die er

1947 in Lausanne kennengelernt hatte und die dann seine Frau wurde. Gemeinsame Höhepunkte und Tiefschläge beschreibt er nur kurz und nüchtern. Dazwischen schreibt er allerdings wunderschöne Sätze über seine Liebe zu seiner sterbens-krebs-kranken Frau Dorine:

„Bald wirst Du jetzt zweiundachtzig sein. Du bist um sechs Zentimeter kleiner geworden, Du wiegst nur noch fünfundvierzig Kilo, und immer noch bist Du schön, graziös und begehrenswert. Seit achtundfünfzig Jahren leben wir nun zusammen, und ich liebe Dich mehr denn je. Kürzlich habe ich mich von neuem in Dich verliebt, und wieder trage ich in meiner Brust diese zehrende Leere, die einzig die Wärme Deines Körpers an dem meinen auszufüllen vermag. Ich muss Dir unbedingt diese einfachen Dinge noch einmal sagen, bevor ich auf die Fragen eingehe, die mich seit kurzem quälen. Warum nur bist Du in all dem, was ich geschrieben habe, so wenig präsent, während doch unsere Verbindung das Wichtigste in meinem Leben gewesen ist? [...] Ich muss die Geschichte unserer Liebe rekonstruieren, um sie in ihrem ganzen Sinn zu erfassen. Denn sie hat es uns ermöglicht, zu werden, was wir sind, durch einander für einander. Ich schreibe Dir, um zu verstehen, was ich erlebt habe, was wir zusammen erlebt haben.“

Ich habe mir diesen Textauschnitt als Einschub erlaubt, weil für mich in wunderbarer und erstrebenswert faszinierender Weise - durch die Worte von Andre Gorz zum Ausdruck gebracht- der (Mit-) Mensch als Lebensbegleiter, Freund, Partner, Helfer, Geliebter, (Mit-) Streiter und Tröster usw. für den Menschen, um seinem Leben einen endgültigen Sinn geben zu können, gebraucht, und ich würde sogar behaupten, Lebens-notwendig ist. Trotz des alterungs- und krankheitsbedingten „Verwelkens“ seiner Frau, findet Gorz diese angeführten beeindruckenden Worte!

Die Hospizbewegung hat sich zum Ziel gesetzt, unheilbar Kranken in ihrer letzten Lebensphase und beim Sterben eine menschenwürdige Umgebung und Betreuung zu schaffen. Träger dieser Häuser der Sterbensbegleitung sind sowohl Kirchen, gemeinnützige Organisationen und Kommunen oder Bundesländer.

Thanatologie (gr. thánatos = Tod und -logie = Wissenschaft) die Wissenschaft vom Tod, vom Sterben und der Bestattung. Als erster Thanatologe gilt der französische Soziologe und Ethnologe Robert Hertz (1881-1915) mit seiner "Studie zur kollektiven Repräsentation des Todes" (1907).

Danach

Du bist nicht da.

Ich,

ein Bach ohne Wasser,

ein Bein ohne Mark,

eine Kerze ohne Docht,

eine Nacht ohne Stern.

Du bist nicht da.

Ich

schreie nach Deinem Lächeln,

nach der Melodie Deiner Stimme,

nach der Berührung Deiner Finger.

Du bist nicht da.

Ich?

Prof. Dr. Dieter Strecker

(b. 1944 Düsseldorf)

Schriftsteller, Wissenschaftler, Therapeut.

In den 1950er und 1960er Jahren öffneten Soziologen den Weg zu einer sozial-psychologischen Betrachtungsweise des Todesphänomens. Sie schufen mit der Erforschung soziologischer Aspekte des Todes Grundlagen zur Erstellung von Betreuungs- und Therapieprogrammen, die bei der Bewältigung von Verlust durch Tod hilfreich sein würden. Besonders das Buch „Tod und Sterben“ (1969) der in der Schweiz geborenen Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross (1926 - 2004) leistete Aufklärungsarbeit und verschaffte dem Thema Todesbewältigung in der modernen Gesellschaft eine breite Öffentlichkeit.

Elisabeth Kübler-Ross ermittelte in ihren Interviews mit "sterbenskranken" Krebspatienten 5- Phasen der Einstellung gegenüber der Krankheit und definierte die heute anerkannten **5-Phasen des Sterbens**:

- 1) "**Verleugnung**" - Nicht wahrhaben wollen und Isolierung - Wenn die Diagnose feststeht, wird die Krankheit vom Patienten geleugnet. Der Patient will sein Schicksal nicht wahrhaben, weicht aus und hofft auf einen Irrtum.
- 2) "**Wut**" - Zorn - Ärger - Warum gerade ich? Der Patient verspürt Neid auf die Weiterlebenden. Das führt zu unkontrollierbaren Wutausbrüchen auf alle, die nicht an seiner Krankheit leiden.

3) "**Feilschen**" - Verhandeln - Der Kranke feilscht um einen Aufschub. Er glaubt und hofft durch „Kooperation“ auf Belohnung, etwa eine längere Lebensspanne und Freiheit von Schmerzen.

4) "**Depression**" - Verzweiflung und Verlust. Der Kranke sieht ein, dass er seinem Schicksal nicht entrinnen kann. Er verliert seinen Mut, doch mit der Zeit lernt er, seinen Tod zu akzeptieren, ihm gelassener entgegenzusehen.

5) "**Versöhnung mit dem Schicksal**" - Zustimmung - Der Kranke gewinnt wieder Selbstvertrauen und wird fähig, dem Leben, das ihm noch bleibt, etwas abzugewinnen. Der Kampf ist vorbei, der seelische Schmerz vergangen und der Patient will von den Problemen der Außenwelt in Ruhe gelassen werden.

Diese fünf Phasen lösen einander ab, können aber auch nebeneinander existieren. Allen Phasen ist gemeinsam, dass sie sich mit Hoffnung beschäftigen und dass es ein Fehler wäre, dem Sterbenden die Hoffnung zu nehmen.

Die Quintessenz aus den Erfahrungen, die Elisabeth Kübler Ross in ihrem unermüdlichen Umgang mit Sterbenden gesammelt hat, lautet, *"dass der Tod nicht eine katastrophale, destruktive Angelegenheit sein muss. Vielmehr kann man ihn als einen der konstruktivsten, positivsten und kreativsten Bestandteile der Kultur und des Lebens ansehen."*

[Aus: E.K.Ross: „Reif werden zum Tode - Es kommt auf die Intensität des Lebens an“ KNAUR 2004 (1976)]

"Die größte Tragödie
ist nicht ein schmerzvoller Tod,
sondern Verlassensein"

Mutter Teresa
(1910-1997)
indische rk-Ordensschwester

Das Positive am Tod scheint zu bestehen, dass er das Leben zu etwas Einmaligem macht. Nur wer sich bewusst ist, dass sein Leben einmal ein Ende hat, kann wirklich intensiv leben.

Früher glaubten viel mehr Menschen an ein Weiterleben nach dem Tod.

Die Religion bot eine positive Möglichkeit den Gedanken an einen endgültigen Tod zu verdrängen: Schmerz, Leid und Entbehrungen konnten ertragen werden durch den Glauben an eine ausgleichende Belohnung im Jenseits. Besonders ausgeprägt findet sich diese Haltung bei Menschen mit einer gesetzlichen Religiosität. Sie halten sich peinlich genau an die verschiedenen Gebote und Verbote, um dafür im "ewigen Leben" belohnt zu werden.

Nach Untersuchungen von Ronald Grossarth Maticsek [b.1940, Medizinsoziologe] gehören die gesetzlich-religiösen Menschen zu jenen, die am häufigsten an Krebs erkranken. An zweiter Stelle folgen die gesetzlichen Atheisten, das heißt jene, die eine Existenz Gottes ausschließen. Die toleranten Atheisten, die eine Existenz Gottes für möglich halten, werden am dritthäufigsten krebskrank. Am wenigsten Krebs bekommen die Personen mit einer "spontanen" Religiosität¹

Solchen Menschen bedeutet Gott in erster Linie "Freude" und "Selbsterkenntnis", sie können ihre Religiosität mit ihren anderen Einsichten und Wünschen vereinbaren und empfinden beim Gebet auch körperlich ein Gefühl der Befreiung. Wahrscheinlich können sich die Spontanreligiösen und die toleranten Atheisten auch am ehesten mit dem Gedanken an den endgültigen Tod abfinden.

Eine zweite Studie, die Grossarth Maticsek über den Zusammenhang zwischen Religion und Krebskrankheit durchführte, brachte ein äußerst interessantes Ergebnis.

Der Forscher verglich eine Gruppe 334 Krebspatienten mit einer Kontrollgruppe von Patienten, die an anderen, leichteren Krankheiten litten. Beide Gruppen wurden über ihre religiöse Einstellung befragt. Von den Krebspatienten waren 210 gesetzlich-religiös, 58 strenge Atheisten, 14 tolerante Atheisten und 52 spontanreligiös.

Bei den Krebspatienten war der Anteil der Gesetzlich-Religiösen größer und jener der Spontanreligiösen kleiner als in der Kontrollgruppe. Die Atheisten in der Kontrollgruppe schlossen die Existenz Gottes weniger häufig aus als die Atheisten in der Gruppe der Krebspatienten. Soweit stimmte das Ergebnis mit dem der ersten Studie überein.

Bemerkenswert ist jedoch, dass in der Krebsgruppe der Anteil der spontanreligiösen - die nach der ersten Studie am wenigsten häufig krebskrank werden sollten - größer war als jener der toleranten Atheisten und nur wenig kleiner als jener der strengen Atheisten. Eine genauere Befragung ergab, dass von den 52 Spontanreligiösen in der Krebsgruppe nur gerade 6 diese Einstellung schon vor dem Ausbruch der Krankheit gehabt hatten. Die Einstellung der übrigen 46 hatte sich also durch die Krebsdiagnose geändert, und das schien auch einen positiven Einfluss auf ihre Überlebenschancen zu haben. Grossarth Maticsek: *"Auf dem Stand der bisherigen Auswertungen deutet sich auch ein Zusammenhang zwischen langer Lebensdauer nach der ersten Diagnosestellung und der spontanen Religiosität²."*

Spontane Religiosität ist im Grunde nichts anderes als die Fähigkeit, mit sich selbst und mit seiner Umwelt in Harmonie zu leben. Es ist eine Lebensweisheit, die nicht an irgendeine religiöse Lehre gebunden ist, sondern ihre Kraft aus dem Unterbewussten

schöpft. Der Gedanke an den Tod kann sowohl *Furcht* als auch *Geborgenheit* hervorrufen: Furcht vor dem Sturz ins bodenlose Nichts oder Geborgenheit im Alles, das uns erwartet. Im Grunde genommen sind das Nichts und das Alles dasselbe. Nur unsere Gefühle gegenüber dem Unvorstellbaren machen den Unterschied aus. Die Geborgenheit angesichts des Todes, das Gefühl, sich um das, was nachher folgt, keine Sorgen machen zu müssen, scheint mir die wichtigste Voraussetzung zu sein, um den Krebs erfolgreich entgegenzutreten."

Aus: Ronald Grossarth Maticek¹(1940- ,MD, PhD, Medizinsoziologe): „Krankheit als Biographie. Ein medizin-soziologisches Modell der Krebsentstehung und -therapie“ Seite 110. KIEPENHEUER & WITSCH 1979

Christian Bachmann² (b.1948, Medizin, Biologie, Schweizer Wissenschaftsjournalist): „Die Krebs Mafia – Intrigen und Millionengeschäfte mit einer Krankheit“ FISCHER 1983

Zum guten Umgang mit Sterbenden gehört,

sie nicht allein zu lassen,
auch wenn sie bewusstlos sind,
sie zu berühren und mit ihnen
zu sprechen,
sie freizugeben,
ohne freilich den Schmerz
über den Verlust zu unterdrücken.

Zum guten Umgang mit Sterbenden gehört,

dass sie ohne Schmerzen sterben dürfen.

Es ist erwiesen: Sie können nicht abhängig
(süchtig) werden, selbst wenn das Wunder
einer Heilung geschieht.

Beharren Sie darauf und ziehen Sie
ohne Skrupel einen zweiten Experten
zu Rate,
wenn der erste sich weigert,
die Dosis für den sterbenden Menschen
zu erhöhen.

Zum guten Umgang mit Sterbenden gehört,

dass man ihnen die Wahrheit sagt,
wenn sie diese hören wollen.

Jeder braucht Zeit für den Abschied.
Wenn dann (auch Ärzte können irren)
das Leben wider Erwarten den Sieg
über den Tod erringt
- umso besser.

Zum guten Umgang mit Sterbenden gehört,

auf ihren Hunger zu achten,
den Hunger nach Fisch und Brot und
nach Bier,
den Hunger nach Sauberkeit und einem lichten Zimmer,
den Hunger nach Ruhe genauso wie den
Hunger nach letzten Gesprächen,
den Hunger nach Berührungen und den
Hunger nach Liebe.

Zum guten Umgang mit Sterbenden gehört,

die Hoffnung nicht aufzugeben.

Zum guten Umgang mit Sterbenden gehört,

sich selbst mit seinem Leben,
seinem Sterben,
seinen Wünschen
auseinanderzusetzen.

Zum guten Umgang mit Sterbenden gehört,

ihre Angst ernst zunehmen
und sie nicht alleine zu lassen.

Prof. Dr. Dieter Strecker (b. 1944 Düsseldorf) Schriftsteller, Wissenschaftler, Therapeut. Nach dem Studium der evangelischen Theologie in Marburg, Tübingen und New York promovierte er 1973 über "Religion und Metaphysik im Leben und Denken Eduard Sprangers (1882-1963)" an der Universität Tübingen im Bereich Pädagogik. Als Wissenschaftler beschäftigte sich Dr. Dieter Strecker als international anerkannter Experte mit der Frage, warum Menschen verunglücken.



Trauerarbeit meint den gesamten Prozess der Trauer, mit dem sich die Angehörigen aktiv auseinander setzen müssen. Der erste Schritt in der Trauerarbeit ist, den Tod des nahe stehenden Menschen zu realisieren. Bei diesem ersten Schritt will die Praxis für Thanatologie und Trauerarbeit helfen, indem sie den Abschied von der verstorbenen Person fachkundig vorbereitet und begleitet, um so die darauf folgenden Schritte der Trauerarbeit zu initialisieren.

Der Begriff **Trauer** bezeichnet zweierlei:

- 1) einen emotionalen Zustand - ein Gefühl der Niedergeschlagenheit, eines Mangels an Lebensfreude, kurzfristig oder länger andauernd, oder eines seelischen Rückzugs, einer starken Kränkung usw.

- 2) einen Prozess bei der Bewältigung von Krankheit, des Sterbens und insbesondere nach dem Tod eines geliebten Menschen, aber auch bei einem sonstigen schweren Verlust.

Unter **Trauer** verstehen wir meistens diejenigen psychischen und physischen Reaktionen, die nach dem Verlust eines nahe stehenden Menschen durch dessen Tod auftreten können. Trauer ist ein wichtiger Teil des menschlichen Lebens. Trauer ist die natürliche Reaktion, wenn wir einen Verlust erleben (Mitmenschen, Freiheit, Heimat, Zuhause, Körperfunktion, Umzug, Schulwechsel, Arbeitsstelle ect.). Es muss also keineswegs jemand sterben, damit Verlust und Trauer in unserem Leben existent werden und zu einer längeren Lebenskrise führen.

Bei einer ernsten, nicht heilbaren Erkrankung treten Verlust und Trauer lange vor dem Tod auf. Ausgelöst werden sie durch Verlust einer Körperfunktion oder Auftreten von Abhängigkeit von anderen. Die Reaktion auf die Verluste ist individuell. Sie wird davon abhängen, welche Bedeutung der einzelne diesen Verlusten und dem Leben beimisst.

Typische "normale" **Trauersymptome** sind - sofern keine anderen Ursachen vorliegen: *Angst und Depression, Einsamkeit, Isolation, Verhaltensänderungen im Alltag, im Umgang mit anderen Menschen, Apathie, Weinattacken, spontane Aufräumaktionen, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit, Sehnsucht nach dem Vermissten, Konzentrationsschwächen, Selbstbeschuldigungen; Psychophysiologisch somatische Symptome sind Appetitlosigkeit, Kraft-, Gewicht- und Energieverlust, Schlafstörungen, Leeregefühle im Magen, Brustbeklemmungen, Gefühle von zugeschnürtsein der Kehle, Überempfindlichkeit gegen Lärm, das Gefühl nebensich zu stehen, Atemlosigkeit und Kurzatmigkeit, Muskelschwäche, Mundtrockenheit usw.*

Trauer ist keine Krankheit. Wenn sie aber verdrängt wird, kann sie krank machen.

Da Trauer ein schmerzhafter psychischer Vorgang ist, der ein aktives Handeln der Trauernden erfordert, sind Beruhigungsmittel über einen längeren Zeitraum oft nicht hilfreich. Eine gut gemeinte Medikalisierung bei den häufigsten Trauersymptomen wie Angstzuständen, Unruhe und Schlafstörungen, kann, je nach Medikament, nach Absetzen des Mittels gegebenenfalls die Symptome verstärken, gegen die es eingesetzt war. Zudem kann ein ruhig gestellter Trauernder seine Trauer nicht tiefgründig erleben und verarbeiten. Ihm wird dadurch eventuell die Chance genommen, zum Ende der Trauer zu gelangen.

Die Trauerarbeit - der "Trauerprozess" verläuft in Phasen:

Auf *Schock, Erstarrung* und ein *"Wie betäubt sein"* folgt eine Phase, in der das Leid in *Vorwurf, Verzweiflung* oder *Schmerz* ausgedrückt wird. Der Verstorbene wird schmerzlich vermisst. An diese Phase der Desorganisiertheit schließt sich der *Abschied mit dem Bewusstwerden der Konsequenzen des Verlustes*. Schließlich kommt es zu *Neuorientierung, Überschauen der Möglichkeiten und Reorganisation*.

Diese Phasen der Trauer und Trauerarbeit werden in unterschiedlicher Intensität und nicht immer in dieser Reihenfolge durchlebt. Einzelne Phasen können fehlen oder mehrfach auftauchen. Die Intensität kann von Tag zu Tag schwanken, ja sogar innerhalb eines Tages unterschiedlich sein.

Wenn der Verlust "unerwartet" entsteht (z.B.: tödlicher Autounfall, Alpinunfall, Selbstmord ect.), ist die akute Trauer-Belastung meistens größer und von längerer Dauer, als wenn Vorbereitung auf den nahenden Tod (z.B.: chronisch Kranker) möglich war.

Nach ungefähr einem Jahr erscheint vielen Trauernden der Verlust nicht mehr ganz so schlimm wie zu Beginn. Doch Trauer ist ein sehr individueller Prozess, demzufolge jeder seinen ganz eigenen Zeitraum der Trauerverarbeitung hat.

Gibt es eine pathologische (krankhafte) Trauer, wo wir spezielle Hilfe und Unterstützung anbieten sollten?

Thomas C. Welu (1975) gibt **7-Merkmale** der **pathologischen Trauer** an:

- 1.) selbstzerstörerisches Verhalten - Suizidversuche, Alkohol, Medikamente
- 2.) Selbstmordgedanken
- 3.) psychische Probleme
- 4.) soziale Isolation
- 5.) schwere Depression
- 6.) stationäre Aufnahme an die Psychiatrie
- 7.) Einnahme von Psychopharmaka

Grundsätzlich wird es schwierig zu entscheiden sein, ab wann man von einer pathologischen Trauerreaktion sprechen sollte, da einige der erwähnten Reaktionen in einigen Kulturkreisen als normal angesehen werden. Es ist daher ein individuelles und einfühlsames Vorgehen notwendig.

Wir Menschen

sind gemeinhin in einen nicht endenden Kampf
gegen alles verstrickt, was nicht bleibt.

Weil das ein aussichtsloser Kampf ist,
sind wir voller Ängste.

Wir suchen Sicherheit
bei anderen Menschen und in der Geldanlage.

Wir suchen Sicherheit in unserer Arbeit
und meinen,
wir müssten etwas Großes zurücklassen,
wenn wir einmal sterben.

Wir suchen auch nach Sicherheit
in einer falschen Frömmigkeit.

Wir glauben, es gäbe einen Gott,
der uns am Ende doch für dieses kleine Ich
Permanenz und Ewigkeit garantiert.

Dieses Ich
- so lächerlich wir es manchmal finden -
möchte leben.

Die Mystik dagegen sagt:
„Stirb und werde!“

Aus: „In jedem Jetzt ist Ewigkeit – Worte für alle Tage“
herausgegeben von Christoph Quarch
KÖSEL VERLAG 2003

Willigis Jäger OSB / Ko-**un Rōshi**
[Ordo Sancti Benedicti, Benedikt von Nursia (480- 547 n.Chr.)]
geboren am 7. März 1925 in Hösbach
Deutscher Benediktinermönch und Zen-Meister
(Roshi, Zen-Buddhismus – „Zustand meditativer Versenkung“)
der Sanbo-Kyodan-Linie („Drei Schätze“ - Grundprinzipien im Buddhismus: Buddha, Dharma und Sangha).

Zusammenfassung:

Seit den Anfängen der Medizin gehören die Linderung von Leiden, Beschwerden, und Krankheiten und die empathische Begleitung des Kranken zu den Hauptaufgaben des Arztes. Mit den zunehmenden Möglichkeiten, Krankheiten „heilen“ zu können (kurative-/reparative Medizin), gerieten diese Aspekte ärztlichen Be-Handelns in den Hintergrund, und erst die 90-iger Jahre des abgelaufenen 20. Jahrhunderts waren geprägt von einer zunehmenden dynamischen Entwicklung unterschiedlicher palliativmedizinischer-, geriatrischer- und Hospiz Dienste, die diese an der Lebensqualität des Patienten orientierte Heilkunst wieder in den Vordergrund stellen. Nicht die Verlängerung der Überlebenszeit um jeden Preis, sondern die Erhaltung oder Wiederherstellung der Lebensqualität und Funktionalität, das Eingehen auf die Wünsche, Ziele und das Befinden des Patienten sollten wieder im Fokus der medizinischen Be-Handlung stehen. Besonders in der Palliativmedizin sollten wir uns immer die Frage stellen, ob das Ergebnis einer diagnostischen Intervention irgendeine therapeutische Relevanz für den Patienten hat und ob ihm die Therapie einen Benefit für die Qualität seiner Lebenszeit bringt.

Sehr wesentlich für die Kommunikation mit dem Patienten und ihren Angehörigen ist es, auf Formulierungen wie „*Wir können leider nichts mehr für Sie, für Ihren Ehegatten usw. tun*“¹ oder „*Sie sind austherapiert*“¹ dringlich zu verzichten. Auch die „Unsitte“ mancher Onkologen, eine Chemotherapie als einzige Option bis zum Lebensende anzubieten, spricht für ein mangelndes Einfühlungsvermögen und eine Einengung des medizinischen Blickwinkels.

Der Praxisalltag im Hospiz beweist, wie viel Lebensqualität solche „austherapierten“ Patienten allein auf Grund einer suffizienten Pflege und Begleitung und symptom-orientierten palliativen Therapie erhalten.

"Wenn wir nicht mehr heilen können, dann können wir lindern. Und wenn wir nicht lindern können, dann können wir trösten. Und wenn wir nicht trösten können, dann sind wir immer noch da²."

¹ **Nocebo Effekt:** ("Ich werde schaden"): Wenn der Geist durch negative Suggestionen (Vorstellungen) die Gesundheit schädigt. Zum Beispiel: Die Unfähigkeit einem Patienten ausreichend "Optimismus und Hoffnung" zu vermitteln. Die unmenschliche und zugleich verwerfliche Aussage mancher Ärzte einem schwer Kranken gegenüber: "Sie haben noch sechs Monate zu leben" oder "Es gibt nichts mehr, was ich für Sie tun kann". Solche Äußerungen sind nicht nur psychologisch unklug sondern zudem auch noch falsch. Niemand kennt und weiß die Zukunft und es gibt immer etwas, das wir tun können.

² Stefan Einhorn (b.1955, Molekular Onkologe, Karolinska Institut Stockholm): „Die Kunst ein freundlicher Mensch zu sein“ HOFFMANN 2007

Weil gerade in der Alters- und Alternswissenschaft (Geriatric/ Gerontologie) der Umgang mit dem alternden -kranken/nicht kranken- Menschen im Mittelpunkt steht, ergibt es sich ganz von selbst, dass irgendwann beim Alternden der Zeitpunkt kommen kann, wo nur noch Linderung seines Leidens und Gebrechens im Blickfeld der Therapie stehen wird; daher sollte gerade dort das palliativmedizinische Konzept einfühlsam ergänzend seine Anwendung finden.

Wie überall in der Medizin stellt besonders im geriatrisch-palliativmedizinischen Bereich der „*Wille des Patienten*“ die Entscheidungsgrundlage für unser medizinisch geprägtes Handeln dar. Eine „*Patientenverfügung*“ wäre idealerweise eine wesentliche Entscheidungshilfe in problematischen ethischen Situationen.

Leider liegt eine solche schriftliche Festlegung des Patientenwillens nur selten vor. In kritischen medizinisch-therapeutischen Situationen sind wir darauf angewiesen, den Patientenwillen herauszufinden. Es ist daher notwendig und auch hilfreich mit den Angehörigen und mit den übrigen betreuenden Personen zu sprechen, um einen sog. „*letzten Willen*“ des Patienten zu finden/eruieren. Das „*Recht des Patienten auf Wahrheit*“, als wesentlicher ethischer Grundsatz, gilt in der Weise, dass nicht alles gesagt werden muss, aber *das, „was man dem Patienten sagt, muss wahr sein“*.

Der Begriff „Geriatric“ geht auf den in Wien gebürtigen Österreicher Dr. **Ignatz Leo Nascher** (1863 Wien -1944 New York) zurück. Er wanderte nach Amerika aus, studierte dort Medizin und arbeitete ab 1885 am Mount Sinai Hospital in New York. Als er 1908 in Wien das für damalige Verhältnisse hochmoderne Versorgungsheim Lainz besuchte, fiel ihm die geringe Sterberate der Bewohner auf.

Ein dortiger Arzt erklärte Nascher das Betreuungskonzept folgendermaßen:

Wir verfahren mit den Insassen so wie der Pädiater mit seinen Kindern.

Nascher prägte daraufhin den Begriff *Geriatric* - in Anlehnung an die Pädiatrie - für *die Medizin bei alten Menschen*. 1914 veröffentlichte Ignatz Leo Nascher das erste Lehrbuch für Geriatric: „*Geriatrics - The diseases of old age and their treatment*“.

"Der Mensch
weiß nicht,
was er ist,
zugleich weiß er aber,
dass er es nicht weiß."

Max Scheler m
(1874-1928)
Deutscher Philosoph und Soziologe

Die Definitionsversuche des Begriffes "Geriatric" im deutschsprachigen Raum umfassen verschiedene Ansätze:

A. Eine ausführliche Konzeptualisierung "Was ist Geriatric" [1] wurde **1991** von einer Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatric und der Deutschen Gesellschaft für Geriatric vorgenommen, die „*17 Dimensionen geriatricer Medizin*“ umfasst. Diese Dimensionen ärztlichen Tuns für betagte Patienten sind *3 Gruppen* zuzuordnen:

1. Spezielle Wissensinhalte
2. Charakteristische Formen des Wahrnehmens und Verstehens
3. Identität und Erleben der Arbeit mit Älteren.

Die 17 Dimensionen geriatricer Medizin“ umfassen:

Wissensmodifikation bei allgemein ausgebildeten Ärzten, Multimorbidität, Risikoerkennung, Senile Demenz, Einwilligungsfähigkeit und Schutz von Rechten, Psychosomatische Zusammenhänge, Hierarchisierung, Rehabilitation, Irreversibilität (Unumkehrbarkeit des Lebensprozesses), Todesnähe, damit verbundene Polarität, Gewährleistung der Weiterversorgung, Umfeldbezogenheit, Angehörigenarbeit, Konsiliarwirkungen, Interdisziplinarität, strukturell-organisatorischen Umbruch.

B. Eine Europäische Definition „Geriatric Medizin“ und „Geriatric Patienten“ wurde von der Sektion „Geriatric Medizin“ der *European Union Geriatric Medicine Society* am 3. Mai 2008 in Malta formuliert und am 6. September 2008 in Kopenhagen konsentiert:

"Geriatric Medizin ist eine medizinische Spezialdisziplin, die sich mit den körperlichen, mentalen, funktionellen und sozialen Bedingungen der akuten, chronischen, rehabilitativen, präventiven Behandlung und Pflege – auch am Lebensende - befaßt. Die Gruppe der Patienten wird mit einem hohen Grad von Vulnerabilität (Gebrechlichkeit; frailty) und aktiven Mehrfach-Erkrankungen assoziiert, die einen ganzheitlichen Behandlungsansatz erfordern.

Die Erkrankungen im Alter können sich unterschiedlich präsentieren; sind oft sehr schwierig zu diagnostizieren; das Ansprechen auf die Behandlung erfolgt verzögert und es besteht regelmäßig Bedarf für soziale Unterstützung.

Geriatric Medizin überschreitet daher die organmedizinisch orientierte Medizin und bietet zusätzliche Therapieangebote in einer multidisziplinären Team-Umgebung (-Milieu; Setting). Das Hauptziel ist es den funktionellen Status einer älteren Person zu optimieren sowie Lebensqualität und Autonomie zu verbessern.

Geriatrische Medizin ist nicht spezifisch altersdefiniert, sie behandelt jedoch die typische Morbidität älterer Patienten. Die meisten Patienten sind über 65 Lebensjahre alt. Diejenigen Gesundheitsprobleme, die durch Geriatrie als eine Spezialdisziplin am besten angegangen werden können, werden in der Altersklasse über 80jähriger viel häufiger." [2]

¹ Bruder J, Lucke C, Schramm A, Tews HP, Werner H: Was ist Geriatrie Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie; Rügheim 1991

² Übersetzung nach: Thiesemann R: "Feststellung des Präventions- und Rehabilitationsbedarfes hochbetagter Pflegebedürftiger als gutachterliche Aufgabe", Schwerpunktseminar für Medizinische Gutachter des PKV-Verbandes, Berlin, 9. Mai 2009.

Demografische Anmerkung: „Der Anteil der älteren Menschen stieg im 20. Jahrhundert kontinuierlich an – ein Trend, der sich voraussichtlich auch im 21. Jahrhundert fortsetzen wird. So betrug der Anteil der älteren Menschen (60 Jahre und älter) im Jahr 1950 8 Prozent, lag im Jahr 2000 bei **10 Prozent** und wird im Jahr 2050 voraussichtlich **21 Prozent** erreichen.

Der steigende Anteil der älteren Menschen geht mit einem Rückgang des Anteils der jungen Menschen (jünger als 15 Jahre) einher. Diese Alterung der Bevölkerung ist von Dauer. 2050 wird es erstmals in der Geschichte weltweit mehr ältere als junge Menschen geben. In den industrialisierten Regionen hatten sich die relativen Anteile von jungen und älteren Menschen bereits 1998 umgekehrt. (WHO department of economic and social Affairs, www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050)

„Wenn man sieht, was die Medizin heute fertig bringt,
fragt man sich unwillkürlich:
Wie viele Etagen hat der Tod?“

Jean Paul Sartre
(1905-1980)
französischer Schriftsteller

Dieser Entwicklung Rechnung tragend beschäftigen sich zunehmend mehr wissenschaftliche Fachrichtungen mit Aspekten des Alterns. Folgerichtig ist auch das Alter als eine heterogene Periode wahrgenommen und entsprechend terminologisch unterteilt worden (Bourmendol A, Int Care Med 2007; 33:1252):

63 bis 75 Jahre: **junge Alte**; 75 bis 80 Jahre: **Alte**; 80 bis 85 Jahre: **alte Alte**
85 bis 90 Jahre: **älteste Alte**; > 90e Jahr ??? [„**Super Alte**“ als mein Vorschlag]

Mit einem jährlichen weltweiten Anstieg um zwei Prozent nimmt die Zahl der älteren Menschen wesentlich rascher zu als die Gesamtbevölkerungszahl. Die Wachstumsrate der über 60-Jährigen wird im Zeitraum von 2025 bis 2030 auf jährlich 2,8 Prozent steigen. der alterungsprozess betrifft auch die ältesten Bevölkerungsgruppen:

Die weltweit am schnellsten wachsende Altersgruppe ist die der hochbetagten Menschen mit 80 Jahren und darüber. Diese Altersgruppe wächst derzeit jährlich um 3,8 Prozent und macht mehr als ein Zehntel der Gesamtzahl der älteren Menschen aus. Bis zur Mitte dieses Jahrhunderts wird ein Fünftel der älteren Menschen 80 Jahre alt oder älter sein. Der jährliche Bericht zur sozialen Lage in der EU weist ebenfalls auf dieses Problem hin. Zwischen 2005 und 2050 wird sich die Zahl der über 80-Jährigen von 4 auf 11 Prozent verdreifachen (http://ec.europa.eu/employment_social/spssi/docs/social_situation/ssr2007_en.pdf).“ [Entnommen aus: INTENSIV-NEWS, Jahrgang 13, Ausgabe 6/09]

„Denn das, was ist,
ist nicht, weil wir es fühlen,
und ist nicht nicht,
weil wir es nicht mehr fühlen.

Weil es besucht,
sind wir, und sind so dauernd.
So ist denn alles Sein ein einzig Sein.

Und dass es weiter ist,
wenn einer stirbt,
sagt Dir,
dass er nicht aufgehört
zu sein“

(1942)

“Grabaufrchrift in Alpbach in Tirol“

Erwin Rudolf Josef Alexander Schrödinger
(12. August 1887 in Wien-Erdberg - 4. Januar 1961 in Wien)
Österreichischer Physiker und einer der Väter der Quantenphysik.
Nobelpreis für Physik 1933



"So unbegreiflich es der gemeinen Vernunft scheint:
Du – und ebenso jedes andere bewusste Wesen
für sich genommen – bist alles in allem.
Darum ist dieses dein Leben,
das du lebst,
auch nicht ein Stück nur des Weltgeschehens,
sondern in einem bestimmten Sinn das Ganze...
So magst du dich hinwerfen auf die Erde,
flach angedrückt an ihren Mutterboden
in der gewissen Überzeugung:

Du bist eins mit ihr und sie mit dir.
Du bist so fest gegründet und unverletzlich wie sie,
ja tausendmal fester und unverletzlicher.
So sicher sie dich morgen verschlingen wird,
so sicher wird sie dich neu gebären
zu neuem Streben und Leiden.
Und nicht bloß dereinst:
jetzt, heute, täglich gebiert sie dich,
nicht einmal, sondern tausend- und aber tausendmal,
wie sie dich täglich tausendmal verschlingt.
Die äußere Welt und das Bewusstsein
sind ein und dasselbe Ding“

Links:

<http://www.tirol.hospiz.at/> Tiroler Hospiz Gemeinschaft
<http://www.palliativ.at/> Österreichische Palliativgesellschaft
<http://www.palliative.at> Salzburger Akademie für Palliative Care
<http://www.hospiz.at/> Hospiz & Palliativeinrichtungen Österreich
<http://www.intensivmedizin.at/> OEGIAM Österreichische Gesellschaft f. internistische u. allgemeine Intensivmedizin

United Nations Department of Economic and Social Affairs: World Population Ageing: 1950-2050:

<http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>

The Social Situation in the European Union 2007:

http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/ssr2007_en.pdf

<http://www.hospicecare.com/> Hospice Care Palliative Care Services Bereavement Grief Services

<http://www.capc.org> Center to Advance Palliative Care Providing Program Assistance

<http://www.palliative-medicine.org/> Association for Palliative Medicine

<http://www.dgpalliativmedizin.de/> Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

<http://www.aahpm.org/> American Academy of Hospice and Palliative Medicine

<http://www.ncpc.org.uk/> The National Council for Palliative Care

<http://www.pallcare.org.au/> Palliative Care Australia

<http://www.dgiin.de/> DGIIN Deutsche Gesellschaft f.internistische Intensiv- u. Notfallmedizin

<http://www.ippcweb.org/> Initiative for Pediatric Palliative Care (IPPC)

<http://www.palliativbetreuung.at/> Koordination u. Palliativbetreuung Steiermark

<http://www.hospiz.org/> Arbeitsgemeinschaft Elisabeth Kübler-Ross

<http://www.americanhospice.org/> American Hospice Foundation

<http://www.patientenanwalt.at/> Vertretungsnetz - Patientenrechtsanwaltschaft Österreich

<http://www.trauerhilfe.at> Trauerhilfe - Thanatologie Verstorbenerversorgung - Österreich

<http://www.kuratorium-bestattung.at/> Verein Kuratorium Bestattung

<http://www.unschwarz.at/service/lexikon.html> Bestattungs-LexikonUnschwarz FL

<http://www.kuratorium-bestattung.at/>

<http://www.traueranzeige.at/> Traueranzeige - AT

<http://www.tt.com/csp/cms/sites/tt/Service/traueranzeigen.csp> Traueranzeige Tiroler Tageszeitung

<http://www.aspetos.at/> ASPETOS Trauer-Netzwerk AUT

<http://www.bestatter.at/> Fachverband der Bestattung AUT

<http://www.naturbestattung.at/> Naturbestattung - AUT

<http://www.bestattung-kroell.at/> Bestattung Kröll Mayrhofen

Informationen zu Nahtoderfahrungen:

<http://sterbeforschung.de/> Sterbeforschung Bernhard Jakoby BRD

<http://8ung.at/nahtoderfahrung/> Netzwerk Nahtod-Erfahrung e.V.

<http://www.iands.org/> IANDS International Association for Near-Death Studies USA

<http://www.nderf.org/German/index.htm> NDERF Near Death Experience Research Foundation

Literatur:

Stein Husebo, Eberhart Klaschik: „Palliativmedizin - Schmerztherapie – Gesprächsführung – Ethik“ SPRINGER 2. Auflage 2003

Claudia Bausewein, Susanne Roller, Raymond Voltz: „Leitfaden Palliativmedizin“ URBAN & FISCHER 2.Auflage2004

Sherwin B. Nuland (b.1930, US Arzt, Chirurg, Prof. f.Medizingeschichte): „Wie wir sterben. Ein Ende in Würde?“ (How We Die. Reflections on Life's Final Chapter 1994) DROEMER KNAUR 1996

Simone de Beauvoir (1908-86, frz. Schriftstellerin): „Das Alter“ (La Vieillesse 1970) ROWOHLT 4.Auflage 2008 (1972)

Markolf H. Niemz (b.1964, dtsh.Physiker, Lasermedizin, Medizintechniker UNI Heidelberg): „Lucy im Licht – Dem Jenseits auf der Spur“ DROEMER 2007; „Lucy mit c – Mit Lichtgeschwindigkeit ins Jenseits – Leben nach dem Tod – Neue wissenschaftliche Indizien“ 4.Auflage, komplett überarbeitet, Books On Demand 2008; Stiftung: www.lucys-kinder.de/; www.tempolimit-lichtgeschwindigkeit.de

Raymond Avery Moody (b.1944, amerikanischer Parapsychologe, Psychiater, Philosoph): „Nachgedanken über das Leben nach dem Tod“ (Reflections On Life After Life 1977) rororo 1997; „Leben nach dem Tod - Das Licht von drüben. Die Erforschung einer unerklärlichen Erfahrung. Neue Fragen und Antworten“ (Life After Life 2001, Light Beyond 1989/2005) rororo 2008

Günter Ewald (b.1929, dtsh. Prof.Dr.rer.nat., Mathematik, Philosophie, Physik, Chemie): "Nahtoderfahrung - Hinweise auf ein Leben nach dem Tod? Topos plus 2008; www.prof-dr-ewald.de/

Stanislaf Grof (b.1931 in Prag, Medizinphilosoph, Psychotherapeut, Psychiater): „Geburt, Tod und Transzendenz – Neue Dimensionen in der Psychologie“ (Beyond the Brain 1985) rororo 1998

Stanislav Grof, Joan Halifax (b.1942, Zen Buddhistin, Anthropologin): "Die Begegnung mit dem Tod" Klett-Cotta 1980

Kenneth Ring (US Prof. f. Psychologie, NearDeathExperinces): „Den Tod erfahren, das Leben gewinnen - Erkenntnisse und Erfahrungen von Menschen, die an der Schwelle zum Tod gestanden und überlebt haben“ BASTEI LÜBBE 1988

Kenneth Ring, Evelyn Elsaesser Valarino (b.1954, Schweizer Sterbeforscherin, Autorin): "Im Angesicht des Lichts - Was wir aus Nah-Tod-Erfahrungen für das Leben gewinnen" ARISTON 2002; www.elsaesser-valarino.com/

Vladimir Jankelevitch (1903-1985, frz. Philosoph): „Der Tod“ (La mort 1977) SUHRKAMP 2005

Philippe Aries (1914-84, frz. Historiker): „Geschichte des Todes“ 3. Auflage dtv 1987 (1975)

Elisabeth Kübler Ross (1926-2004, schweizerisch-US-amerikanische Psychiaterin): „Kinder und Tod“ (On children and Death 1983) KNAUR 1984, „Befreiung aus der Angst“, „Das Rad des Lebens - Autobiographie“ KNAUR 2004, „Leben bis wir Abschied nehmen - Mit 80 Fotos von Mal Warshaw“ GTB 5. Auflage 2001, „Reif werden zum Tode - Es kommt auf die Intensität des Lebens an“ KNAUR 2004, „Erfülltes Leben - würdiges Sterben“ GÜTERSLOHER 2004 Sonderausgabe (Hrsg: Göran Grip), „Jedes Ende ist ein strahlender Beginn“ SILBERSCHNUR 2001

Ronald Grossarth Maticek¹ (1940- ,MD, PhD, Medizinsoziologe): „Krankheit als Biographie. Ein medizinsoziologisches Modell der Krebsentstehung und -therapie“ Seite 110. KIEPENHEUER & WITSCH 1979

Christian Bachmann² (b.1948, Medizin, Biologie, Schweizer Wissenschaftsjournalist): „Die Krebs Mafia – Intrigen und Millionengeschäfte mit einer Krankheit“ FISCHER 1983

Bernard Jakoby (b.1957, dtsh. Sterbeforscher): "Wir sterben nie - Was wir heute über das Jenseits wissen können" NYMPHENBURGER 2007; "Das Leben danach - Was mit uns geschieht, wenn wir sterben" LANGEN MÜLLER 2007; "Auch Du lebst ewig - Die erstaunlichen Ergebnisse der modernen Sterbeforschung" LANGEN MÜLLER 2003; "Keine Seele geht verloren - Hilfe und Hoffnung bei plötzlichen Todesfällen und Suizid" 2. Auflage rororo 2008 (2003); "Die Brücke zum Licht - Nahtoderfahrung als Hoffnung" LANGEN MÜLLER 2007; "Geheimnis Sterben - Was wir heute über den Sterbeprozess wissen" rororo 2008; Begegnungen mit dem Jenseits - Zum Phänomen der Nachtod-Kontakte" rororo 2007; <http://sterbeforschung.de/>

Engelbert. J. Winkler (dtsh. Sterbeforscher, Psychologe): "Begegnung mit dem lebendigen Licht - Nahtod-Erfahrungen als Hilfe zum Leben" Silberschnur 2001

Tiziano Terzano (1938-2004, Sinologe, Asienjournalist f. Spiegel: „Noch eine Runde auf dem Karussell – Vom Leben und Sterben“ KNAUR 2007 (Un altro giro di giostra 2004)

Hugo von Hofmannsthal (1874-1929): „Der Tor und der Tod“ INSEL VERLAG 1999 (1913)

Thomas Bernhard (1931-89 Gmunden, österr. Schriftsteller): „In Hora Mortis“ INSEL VERLAG 1987 (1958)

Dieter Beck (-1980 ermordet): „Krankheit als Selbstheilung – Wie körperliche Krankheiten ein Versuch zur seelischen Heilung sein können“ SUHRKAMP1985

Robert Harrison: „Die Herrschaft des Todes“ (The dominion of the Dead 2003) HANSER 2003

Markus Treichler (Hrsg.): „Den Sinn des Todes fassen – Mut zur Begleitung Sterbender“ URACHUS 2002

Irene Dalichow: „Das Westliche Totenbuch – Wege zu Abschied, Bestattung, Trauer und dem Danach“ ARKANA 2001

Christine Longaker: „Dem Tod begegnen und Hoffnung finden – Die emotionale und spirituelle Begleitung Sterbender“ PIPER 3.Auflage 2005 („Facing Death and Finding Hope“ 1997)

Dietrich Bauer, Max Hoffmeister, Hartmut Görg: „Gespräche mit Ungeborenen – Kinder kündigen sich an“ URACHHAUS 5. Auflage 1999

Niro Markoff Asistent: „Das heilende Ja – Die Geschichte einer Rückkehr ins Leben“ HYNE 1996, MMA = Menschen mit Aids

Annelies Fitzgerald, Heidemarie & Robert Toplak: „Der Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden“ MAUDRICH 1994

Jan Assmann (b.1938, deutscher Ägyptologe, Religions- und Kulturwissenschaftler): „Tod und Jenseits im alten Ägypten“ C.H.BECK 2003 (2001), „Monotheismus und die Sprache der Gewalt“ Vortrag im Alten Rathaus Wiens, am 17.November 2004, PICUS VERLAG 4.Auflage 2007 (2006)

Karin E. Leiter: „Im Angesicht des Todes – Sterbebegleitung ist Lebenshilfe“ AKTION LEBEN ÖSTERREICH 1/94, „Lebensbegleitung bis zum Tod – Wir brauchen Hospize“ TYROLIA 3. Auflage 1998

Hermann Gmeiner: „Eindrücke – Gedanken – Bekenntnisse“ SOS Kinderdorf Verlag 4. Auflage 1980

Aktion Leben Österreich: „Zum Leben gezeugt“ 3/94, „Eine Tat der Liebe“ 6/1994, „Sexualerziehung in der Familie – Liebe ist kein Geheimnis“ 1/1996, „Miteinander – füreinander – Beispiele gelebter Solidarität“ 4/1997

Hans Holbein der Jüngere: „Totentanz“ FOURIER 2003 (1523-26)

Marie de Hennezel, Jean-Yves Leloup: „Die Kunst des Sterbens – Der Tod und wie wir mit ihm umgehen können.“ KRÜGER 2.Auflage 2001 (1997)

Claudia Cardinal (b.1955, dtsh. Heilpraktikerin): „Trauerheilung – Ein Wegbegleiter“ PATMOS 2002

Ladislaus Boros: „Mysterium Mortis – Der Mensch in der letzten Entscheidung“ MATTHIAS GRÜNEWALD 1993

Marie-Claire van der Bruggen (b.1969): "Das Märchen vom Tod" (Het Sprookje van de dood)NLG Eoscentra 2009

Satprem (1923-2007, frz. Autor): „Sri Aurobindo (Aurobindo Ackroyd Ghose, Satprem) oder Das Abenteuer des Bewußtseins“ (Sri Aurobindo ou l' Aventure de la Conscience 1970) HINDER & DEELMANN 3.Auflage 1998, übersetzt von Cay Hehner

Dieter Strecker (b.1944, dtsh.Theologe, Autor): „Vom guten Umgang mit sich selbst – Wie Krankheit und Krise verhindert werden“ ART & GRAFIK 3. Auflage 1991, „Vom guten Umgang mit Kindern – Wie Ihr Kind glücklich groß wird“ ART & GRAFIK, 5. Auflage 1990, „Vom guten Umgang in der Partnerschaft – gemeinsam glücklich leben“ ART & GRAFIK, 4. Auflage 1990, „Vom guten Umgang mit angestellten – die Kunst, ein guter Chef zu sein“ ART & GRAFIK, 2. Auflage 1991, „Vom guten Umgang mit Lehrern – Hilfen und Wegweiser für alle Betroffenen“ ART & GRAFIK 2. Auflage 1991, „Vom guten Umgang mit alten Menschen – Das Alter soll Segen sein“ ART & GRAFIK 2. Auflage 1991, „Vom guten Umgang mit Sterbenden – denn der Tod ist Gast in jeder Familie“ ART & GRAFIK 2. Auflage 1991

Ron Smothermon: „Drehbuch für Meisterschaft im Leben (Winning Through Enlightenment)“ 16. Auflage J. KAMPHAUSEN 2002, „Drehbuch II – Das Mann/Frau Buch – Die Transformation der Liebe“ 9.Auflage J. KAMPHAUSEN 2003

David Servan Schreiber (b.1961, Center for Complementary Medicine UNI Pittsburgh/Pennsylvania USA, Neuropsychiater USA): „Die Neue Medizin der Emotionen – Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente“ (The Instinct to Heal: Curing Depression, Anxiety and Stress Without Drugs and Without Talk Therapy 2004) KUNSTMANN 2004, „Das Antikrebs Buch. Was uns schützt: Vorbeugen und Nachsorgen mit natürlichen Mitteln“ (Anticancer - A New Way of Life 2008) KUNSTMANN 2008

Richard Béliveau, Denis Gingras: "Krebszellen mögen keine Himbeeren - Nahrungsmittel gegen Krebs. Das Immunsystem stärken und gezielt vorbeugen." (Les aliments contre le cancer 2005) Kösel 2007, "Krebszellen mögen keine Himbeeren - Das Kochbuch: Schmackhafte Rezepte fürs Immunsystem" (Cuisiner avec les aliments contre le cancer 2006) Kösel 2008

Kenneth V. Iserson (Us Prof. f. Notfallmedizin, Chirurgie, Bioethik, UNI of Arizona): „Death to Dust. What Happens to Dead Bodies?“ GALEN PRESS 1994

Sam Parnia (brit. Kardiologe) **et al:** "A qualitative and quantitative study of the incidence, features and aetiology of near death experiences in cardiac arrest survivors" [63 Herzstillstand Patienten] Resuscitation , Volume 48 , Issue 2,p.149 - 156.

Pim van Lommel (b.1943, NL Kardiologe) **et al:** "Near-death experience in survivors of cardiac arrest: A prospective study in the Netherlands" [344 Herzstillstand Patienten aus 10 Kliniken] Lancet 358, 2001 (p.2039-2045)

Olav Blanke (Schweizer Neurologe) **et al:** "Neuropsychology: Stimulating illusory own-body perceptions" [Gyrus angularis Stimulation im rechten hinteren Schläfenlappen mit 3,5 mAmp, bei 43a Epilepsie Patientin] Nature 419, 2002

Aldous Huxley (1894-1963): „Die ewige Philosophie – Philosophia perennis“ HANS NIETSCH 2008 (The Perennial Philosophy 1944)