



GRUNDSATZPAPIER

AUTONOMIE UND SELBSTBESTIMMUNG IN DER PALLIATIVEN GERIATRIE

www.fgpg.eu



Deutschland



Österreich



Schweiz



Luxemburg

Zusammenfassung

Die Selbstbestimmung als Teil des Autonomieprinzips spielt gesellschaftlich gegenwärtig eine besondere Rolle. Es wird weithin angenommen, dass sie ein wesentlicher Aspekt des Menschseins ist, für Menschen mit Demenz ebenso wie für alle anderen. Damit verbunden ist mitunter eine Überbetonung der Selbstbestimmung, übersehen wird dabei oft die wechselseitige Abhängigkeit von Menschen. Im hohen Alter und in der Demenz nehmen Verletzlichkeit und Abhängigkeit zu, dennoch kann Selbstbestimmung im Sinne von „relationaler Autonomie“ gelebt werden.

Die Selbstbestimmung eines Menschen anzuerkennen, bedeutet, ihn in seiner Würde zu achten. Palliative Geriatrie setzt sich dafür ein, dass hochbetagte Menschen bis zuletzt ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können. Durch rechtzeitige und vorausschauende Planung kann es den Betreuenden gelingen, auch dann im Sinne der Betroffenen zu handeln, wenn diese nicht mehr selbst entscheiden können. Es gehört zu den wesentlichen Aufgaben von Palliativer Geriatrie, alte Menschen stets ernst zu nehmen und ihnen auch und gerade dann empathisch zuzuhören, wenn sie sich wünschen, zu sterben.

Ebenso wichtig, wie die Sorge für die Selbstbestimmung der Betroffenen, ist es, berechnete Ansprüche der professionell Sorgenden, der Angehörigen und Bezugspersonen zu respektieren. Palliative Geriatrie setzt sich daher ebenso für adäquate Rahmenbedingungen und Ressourcen für die Betreuung hochbetagter Menschen ein, wie für die Schaffung entsprechender Arbeitsbedingungen und Reflexionsräume für die Menschen, die sie betreuen.

Einleitung

Der deutschsprachigen Fachgesellschaft Palliative Geriatrie e.V. (FGPG) gehören Personen und Institutionen in Deutschland, Österreich, der Schweiz, Luxemburg und Südtirol an. Ziel der FGPG ist die Etablierung und nachhaltige Umsetzung von Palliativer Geriatrie in diesen Ländern mit ihren unterschiedlichen Versorgungssettings.

Um ein gemeinsames, länderübergreifendes Verständnis zu erzielen, diskutierten Mitglieder der Fachgesellschaft im Rahmen einer Mitgliederakademie in Wien im April 2019 die Themen Selbstbestimmung und Autonomie im hohen Alter. Der Vorstand der FGPG fasste die resultierenden Überlegungen zusammen, ergänzte sie und verabschiedete das vorliegende Papier im September 2019.

Verletzlichkeit im hohen Alter

Mensch sein heißt auch verletzlich sein. Das gilt insbesondere für unsere Würde. Aufgrund vieler Verluste und Leistungseinbußen nimmt die Verletzlichkeit im hohen Alter zu. Hochbetagte sind in körperlicher, seelischer, sozialer und spiritueller Hinsicht vulnerabel (Gastmans 2013), Menschen mit Demenz aufgrund sozialer Ausgrenzung ganz besonders. Der Gedanke an das hohe Alter macht vielen Menschen Sorgen, unter anderem, weil sie um ihre Selbstbestimmung fürchten und häufig ein Leben in Abhängigkeit für nicht mehr lebenswert halten. Aber, ob ein Leben mit Demenz lebenswert ist, hängt entscheidend davon ab, wie sich die Gesellschaft gegenüber den Betroffenen verhält (Klie 2011).

Palliative Geriatrie nimmt diese Sorgen und Ängste sehr ernst und setzt sich für ein möglichst selbstbestimmtes Leben bis zuletzt für die Betroffenen ein. Die Selbstbestimmung eines Menschen anzuerkennen bedeutet, ihn in seiner Würde zu achten.

In der Medizinethik wird das Respektieren der Autonomie als eines von vier grundlegenden Prinzipien beschrieben (Beauchamps und Childress 1979). Damit verbunden sind Selbstbestimmung, Urteilsfähigkeit, Verstehen, Freiwilligkeit und Authentizität (Maio 2012). Die Begriffe Autonomie und Selbstbestimmung werden heute oft synonym gebraucht. Während Autonomie also Unabhängigkeit und gemäß Kant Selbstgesetzgebung des Individuums bedeutet, heißt Selbstbestimmung selbst bestimmen dürfen, nicht fremdbestimmt sein. Relativität ist dabei stets mitgedacht (Wunder 2008). Selbstbestimmung kann niemals absolut sein und ist ein Aspekt im moralischen Tun, in der Beziehung, im gemeinsamen Sein. Wir verwenden daher im folgenden Text den Begriff Selbstbestimmung.

Selbstbestimmung und Bezogenheit

Die Selbstbestimmung als Teil des Autonomieprinzips spielt gesellschaftlich gegenwärtig eine besondere Rolle. Es wird weithin angenommen, dass sie ein wesentlicher Aspekt des Menschseins ist, für Menschen mit Demenz ebenso wie für alle anderen. Damit verbunden ist mitunter eine Überbetonung der Selbstbestimmung. Dies übersieht die wechselseitige Abhängigkeit von Menschen und führt zu einer „Ver-einseitigung der Wertedebatte zugunsten von Selbstbestimmung“ (Klie, Kruse 2015, 35). Dies trifft vor allem dann zu, wenn Selbstbestimmung individualistisch statt relational verstanden wird, d.h. wenn das Individuum lediglich aus sich selbst heraus Selbstbestimmung souverän realisieren soll, ohne auf die autonomiefördernde Unterstützung sozialer Beziehungen und Institutionen zurückgreifen zu können. Wird autonomes Denken und Handeln so individualistisch verstanden, kann dies Menschen überfordern, und zur „Autonomiezumutung“ werden (Heintel 2005). Dies stellt eine Falle für jene Menschen dar, deren körperliche und geistige Fähigkeiten selbstbestimmt zu leben abnehmen. Forschungsarbeiten zeigen: Würde im hohen Alter bedeutet für die Betroffenen vielfach „Nur nicht zur Last fallen“ (Pleschberger 2005).

Auf sich selbst gestellt sind vulnerable, hochbetagte Menschen dem selbstständigen Leben meist nicht mehr gewachsen. Umso wichtiger wird daher im hohen Alter die relationale Autonomie: Hochbetagte Menschen können ihre Selbstbestimmung meist nur dank der Einbindung in einen systemischen Kontext leben, d.h. mit Unterstützung von Familien, Nachbar*innen, informellen und professionellen Helfer*innen (Heimerl, Berlach-Pobitzer 2000). Vor allem sehr alte und demenzbetroffene Menschen leben in Spannungsfeldern von Autonomie und Angewiesenheit (Walser 2010), von Unabhängigkeit und Abhängigkeit, von Freisein und Gebundensein, von Selbstbestimmung und Bezogenheit. Ihre Autonomie ist „relational“ (Reitinger, Heller 2010, 741f.).

Selbstbestimmung im Alltag

Die Sorge um hochbetagte Menschen bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Fürsorglichkeit, nicht nur in den Entscheidungen auf Leben und Tod, sondern auch in der kleinen Ethik des Alltags (Schmidl 2009). Das Ermöglichen von Selbstbestimmung in alltäglichen Belangen ist ein zentraler Aspekt des würdigen Umgangs mit Menschen und somit auch ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität im Alter. Wenn Menschen die großen Projekte der Selbstbestimmung nicht mehr realisieren können (Gesundheitsentscheidungen, politische Wahl, berufliche Projekte etc.), wird es umso wichtiger, dass kleine alltägliche Selbstbestimmung möglich bleibt (Kleidung, Essen, soziale Kontakte...).

Viele alte Menschen wohnen heute in Institutionen, beispielsweise in Heimen und Wohngemeinschaften, die besondere Einschränkungen der Selbstbestimmung fordern. Hier ist es noch viel schwerer Selbstbestimmung zu wahren als zu Hause. Oft müssen sich die Bewohner*innen an die Regeln und Routinen der Einrichtungen anpassen, statt umgekehrt. Wenn Selbstbestimmung nicht mehr aus eigenen Kräften gelingt, ist es erforderlich, dass im Alltag Bedingungen geschaffen werden, in denen diese trotz Einschränkungen gelebt werden kann. Dazu braucht es Kommunikationsstrukturen wie moderierte Ethikbesprechungen, in denen das tägliche Handeln der Sorgenden reflektiert werden kann.

Je eingeschränkter Menschen in ihrer Kommunikation sind, desto wichtiger wird individuell abgestimmte Unterstützung, damit sie bis zuletzt ihren Alltag selbst gestalten können. Nonverbale Kommunikation gewinnt stetig an Bedeutung.

Selbstbestimmung in gesundheitlichen Belangen

Die Betreuung in der Palliativen Geriatrie ist problem- und nicht diagnosebasiert; sie orientiert sich am Erleben der Patient*innen und ist einem ganzheitlichen, biopsychosozialen und spirituellen Menschenbild verpflichtet. Die Ziele der Behandlung orientieren sich daher nicht vorrangig daran, was machbar ist, sondern vor allem daran, was den alten Patient*innen selbst wichtig ist.

Hochbetagte Menschen brauchen verständliche, wiederholte und stufenweise präsentierte Aufklärung über die Möglichkeiten und Grenzen einer Behandlung. Viele sehr alte Menschen wollen nicht selbst entscheiden, sie wollen jedoch sehr wohl die grundsätzliche Richtung mitbestimmen (Romo et al. 2017). Ist die Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt, setzt dies eine achtsame Abwägung zwischen dem Wohl und dem Willen der Patient*innen voraus unter Einbezug früherer Willensäußerungen.

Vorsorgeplanung

Für viele hochbetagte Menschen kommt eine Zeit, in der sie ihren Willen nicht mehr äußern und Entscheidungen nicht mehr selbst treffen können. Eine möglichst frühzeitige Vorsorgeplanung kann eine Hilfe dafür sein, dass später Entscheidungen getroffen werden, die den eigenen Wünschen und Werten der Betroffenen entsprechen. Um dies sicherzustellen, ist ein aktives Angebot auf Augenhöhe notwendig. Dies wird unter dem Titel des Advance Care Planning (ACP) diskutiert. Deutschland: entsprechend §132d, SGB V gesundheitliche Vorsor-

gungsplanung für die letzte Lebensphase GVP; Österreich: Vorsorge-dialog VSD; Schweiz: gesundheitliche Vorausplanung. ACP bindet die Betroffenen, Angehörigen und Bezugspersonen in einen gemeinsamen Prozess der Entscheidungsfindung ein. Dabei ist unverzichtbar, dass dieser Dialog durch qualifizierte Fachkräfte begleitend unterstützt wird (Coors, Jox, in der Schmitt 2015). Wenn das Ergebnis regelmäßig überprüft und evaluiert wird, bleibt es aktuell und die Beteiligten können davon ausgehen, dass es dem Willen der Betroffenen entspricht. In Betreuungseinrichtungen ist eine einheitlich aufgebaute Dokumentation erforderlich, auf die die Beteiligten in den unterschiedlichen Versorgungssettings (Krankenhaus, Notarzt,) verlässlich zurückgreifen können. So entsteht Sicherheit und Klarheit für das Betreuungsteam, und dieses kann sein Handeln in krisenhaften Situationen am (mutmaßlichen) Willen des hochbetagten Menschen ausrichten.

Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz

„Auch bei vorangeschrittener Demenz sind auf jeder Stufe der Entwicklung immer noch Kompetenzen des Verstehens, des Bewertens und der Selbstäußerung vorhanden“ (Wunder, 2008, S.22). Daher sollten Menschen mit Demenz über alles, was sie noch selbst entscheiden wollen und können auch selbst entscheiden dürfen. Die Suche nach der gemeinsamen Entscheidung ist sorgfältig und achtsam zu gestalten, so dass der Wille bzw. der mutmaßliche Wille respektiert bleiben. Im Advance Care Planning by proxy, also vorausschauende Planung durch Vertreter*innen, ist es besonders wichtig, dass die Angehörigen und/oder Betreuer*innen in ihrer vorausblickenden Entscheidungsfindung stets die Selbstbestimmung des Menschen im Blick behalten, um den es geht (Jox 2017).

Der Wunsch selbstbestimmt zu leben besteht bei den Betroffenen selbst in Momenten größter Fremdbestimmung weiter. Sie drücken ihre Bedürfnisse - auch das Bedürfnis nach einem selbstbestimmten Leben - durch ihr Verhalten aus. Klare Zustimmungen oder Ablehnungen können sie oft nur nonverbal über Mimik, Gestik und emotionale Äußerungen von z.B. Ärger oder Freude zeigen (Wunder 2008). Sehr alte Menschen mit Demenz können versuchen das Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmtheit und Angewiesenheit „aufzulösen“, indem sie sich in die Vergangenheit zurückziehen, in eine Zeit, in der sie noch Status und Ansehen hatten. Naomi Feil (Feil, De Klerk-Rubin 2017) und Tom Kitwood (2013) empfehlen, die Betroffenen auf ihrem Weg zu begleiten, statt alles daranzusetzen sie nach der Realität zu orientieren.

Solange sie noch verbal kommunizieren, können Menschen mit Demenz sich durchaus dazu äußern, wie sie sich ein gutes Sterben vorstellen. Dies gelingt auch noch in der mittelschweren Demenz („Phase der Zeitverwirrtheit“ nach Naomi Feil). Menschen mit Demenz sollten immer Beteiligte in der Vorsorgeplanung sein und auch situativ gehört werden. Viele wissen ganz genau, wann es Zeit ist zu gehen.

Selbstbestimmung und Sterbewünsche

Palliative Geriatrie erkennt an, dass Sterben eine erwünschte Perspektive für ältere Menschen sein kann und als gute Lösung gesehen werden kann. Alte Menschen haben oft weniger Angst vor dem Tod als vor der Zeit bis dahin. Palliative Geriatrie stellt sich gemeinsam mit den Betroffenen der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod.

„Ältere, meist multimorbide Menschen äußern oft Sterbewünsche. Aufgabe des Behandlungsteams ist es in dieser Situation, den Hintergrund des Wunsches zu ergründen, belastende Symptome zu lindern und allfällige Depressionen zu erkennen und zu behandeln. Sterbewünsche sind nicht primär als Suizidwünsche, sondern als Ausdruck existentieller Not zu betrachten“ (SAMW, 2006/2012).

Hilfe zur Selbsttötung, Tötung auf Verlangen, freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit sowie Sedierung am Lebensende werden gegenwärtig kontrovers diskutiert (Radbruch et al. 2015). Hochbetagte Menschen sind besonders vulnerabel und befinden sich häufig in komplexen Situationen, die die Gefahr für Fremdbestimmung erhöhen. Palliative Geriatrie tabuisiert diese Themen nicht. Durch Empathie und Kommunikation schafft sie – auch wenn sie keine Lösung anbieten kann – Raum für Auseinandersetzung.

In den an der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie beteiligten Ländern gibt es sehr unterschiedliche gesetzliche Regelungen und Haltungen in Bezug auf die selbstbestimmte Beendigung des Lebens. Rahmenbedingungen in der Versorgung Sterbender, aber auch die Fähigkeit der Gesellschaft und Fachwelt, über das Sterben offen zu reden und es zuzulassen, sind heterogen, und generell noch immer unzureichend (Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie 2018). Trotz der großen Spannweite gesetzlicher Regelungen zur Sterbehilfe und deren Gestaltung in Österreich, Deutschland, der Schweiz und Luxemburg gelingt es über die FGPG einen gemeinsamen Ansatz zu definieren: Wir setzen uns für eine verlässliche, kompetente und empathische Gestaltung von Palliativer Geriatrie ein. Fachlichkeit, Mitmenschlichkeit und Solidarität bilden die Basis unseres Handelns. Dazu gehört es auch, Menschen ernst zu nehmen und ihnen zuzuhören, wenn sie sich wünschen, zu sterben. Welche Handlungen schließlich rechtlich erlaubt sind, bleibt selbstverständlich eine Frage demokratisch-gesellschaftlicher Entscheidung.

Respekt vor den Bedürfnissen der Sorgenden

Angehörige, Bezugspersonen und interdisziplinäre Teams sind Sorgende, die Hochbetagte begleiten, behandeln und pflegen. Selbstbestimmung erfordert immer auch Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse Anderer und endet dort, wo die Grenzen Anderer verletzt werden. Widersprüche zwischen den Bedürfnissen der Sorgenden oder der Mitbewohner*innen, der Nachbar*innen oder der An- und Zugehörigen einerseits und jener der alten Menschen andererseits können zu Konflikten führen. Es braucht Gespräche, Raum und Zeit, um diese Konflikte zu bearbeiten (Heimerl 2015).

Angehörige und Bezugspersonen sind sowohl Sorgende als auch Betroffene. Für ihre Entlastung ist es wichtig, ihnen zu helfen, ein selbstbestimmtes gutes Leben zu führen. Nur wer sich als selbstbestimmt erlebt und schätzt, kann auch anderen Menschen Selbstbestimmung gewähren. Angehörigenpflege ist häufig keine Frage von Freiwilligkeit, sondern ein Muss. Das bedeutet aber nicht, dass Pflege von den Beteiligten nur negativ erlebt wird. Auch in Organisationen wie Pflegewohnhäusern verlieren Angehörige ihre Rolle niemals vollständig (BMASGK, 2018, S.191f).

Wenn Sorgende das Gefühl haben, dass die Rahmenbedingungen es ihnen nicht ermöglichen so zu handeln, wie sie es für gut und richtig halten, erleben sie moralischen Stress. Im interdisziplinären Team braucht es einen ethischen Diskurs über unterschiedliche Vorstellungen davon, was gut und richtig ist, um Konflikten und in der Folge Burnout vorzubeugen. Das fordert von den Organisationen Kompetenz in Ethik und die Sorge für angemessene Reflexionsräume (z.B. Supervision oder Ethikberatung). Sorgende brauchen „fachliche Stärkung“, sowohl bezogen auf die Themen letzte Lebensphase, Sterben und Tod als auch auf Pflege und Kommunikation (mit Menschen mit Demenz).

In unterschiedlichen Kulturen wird Selbstbestimmung sehr unterschiedlich gelebt. Diese Diversität ist für das betreuende Team kaum erfassbar. Um zu begreifen, was ein Mensch aus einem anderen Kulturkreis unter Lebensqualität versteht, um Würde zu gewährleisten und Selbstbestimmung zu ermöglichen ist es daher erforderlich, Menschen mit einzubeziehen, die die Sprache der Hochbetagten und ihrer Zugehörigen sprechen und ihren kulturellen Hintergrund teilen. Dies kann durch ein multikulturelles (ehrenamtliches) Team gelingen.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen für Selbstbestimmung

Das Ausmaß der Selbstbestimmung älterer Menschen wird nicht nur von ihrem körperlichen und kognitiven Zustand bestimmt, sondern auch maßgeblich von den Rahmenbedingungen, in denen sie leben und gepflegt werden. Gesellschaftliche Veränderungen führen zunehmend dazu, dass betagte Menschen alleine leben und vereinsamen, selbst oder gerade dann, wenn sie in Institutionen betreut werden. Dadurch kommt Betreuer*innen, gesetzlichen Vertreter*innen und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen zukünftig eine immer wichtigere Rolle zu. Fehlende finanzielle Ressourcen und zu wenig fachkompetentes Personal schränken die Selbstbestimmung der Betroffenen ein. Sorgeskultur fördern bedeutet, wichtige Akteure wie Nachbar*innen, Geschäftsleute, Kinder und junge Menschen in die Sorge um hochbetagte Menschen in der Gemeinde einzubeziehen.

Literatur

- Beauchamp Tom L, Childress James F (1979): *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press
- Coors Michael, Jox Ralf, in der Schmitten Jürgen (2015): *Advance Care Planning*. Stuttgart: Kohlhammer
- Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie (2018): *Sterben wünschen*. 4. Jahrg. 1/2018, ISSN 2365-8762
- Feil Naomi, de Klerk-Rubin Vicki (2017): *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. 11. Auflage. München: Reinhardt
- Gastmans Chris (2013): *Dignity-enhancing nursing care: A foundational ethical framework*. *Nursing Ethics* 20(2), 142–149
- Heimerl Katharina, Berlach-Pobitzer Irene (2000): *Autonomie erhalten: eine qualitative PatientInnenbefragung in der Hauskrankenpflege*. In: Elisabeth Seidl, Martina Stankova und Ilsemarie Walter (Hrsg.) (2000): *Autonomie im Alter*. Wien: Wilhelm Maudrich, 102 – 165
- Heimerl Katharina (2015): *Ethische Herausforderungen für die Sorgenden von Demenzerkrankten*. *Imago Hominis. Quartalsschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik*. 22 (4), 267-276
- Heintel Peter (2005): *Widerspruchsfelder, Systemlogiken und Grenzdialektik als Ursprung notwendiger Konflikte*. In: Falk Peter; Heintel Peter; Krainz Ewald (2005): *Handbuch Mediation und Konfliktmanagement*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 15 – 33
- Jox Ralf J. (2017): *Demenz: Behandlung im Voraus planen*. *Fachzeitschrift Palliative Geriatrie* 1, 2017, 30-34.
- Kitwood Tom (2013): *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. 6. Auflage. Bern: Huber.
- Klie Thomas (2011): *Demenz und der „Wert des Lebens“*. *Ob ein Leben mit Demenz lebenswert ist, hängt entscheidend davon ab, wie sich die Gesellschaft gegenüber den Betroffenen verhält*. *demenz. Das Magazin* 8, 2011, 32-35
- Klie Thomas, Kruse Andreas (2015): *Verzicht auf gesetzliche Regelung zum assistierten Suizid. Sterbehilfedebatte*. *Das Sonderheft. die hospizzeitschrift* 17, 35-37
- Maio Giovanni (2012): *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Schattauer
- Nagl-Cupal Martin et al. (2018): *Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (Hrsg.). Wien
- Pleschberger Sabine (2005): *Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen*. Freiburg i.B.: Lambertus
- Radbruch Lukas et al. (2015): *Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care*. *Palliative Medicine* 1–13, DOI: 10.1177/0269216315616524
- Reitinger Elisabeth, Heller Andreas (2010): *Ethik im Sorgebereich der Altenhilfe*. In: Krobath Thomas, Heller Andreas (Hg.): *Handbuch Organisationsethik*. Freiburg i.B.: Lambertus, 737-765
- Romo Rafael D., Allison Theresa A., Smith Alexander K., Wallhagen Margaret I. (2017): *Sense of Control in End-of-Life Decision-Making*. *J Am Geriatr Soc* 65: E70–E75, 2017, doi: 10.1111/jgs.14711

Schmidl Martina (2009) *Die kleine Ethik für jeden Tag*. In: Kojer Marina (Hrsg.): *Alt krank und verwirrt*. Lambertus: Freiburg i. Br., 3. Auflage, 71-77
Schweiz. Akademie der med. Wissenschaften SAMW (2006/12): *Medizinisch-ethische Richtlinien Palliative Care*
Walser Angelika (2010): *Autonomie und Angewiesenheit: Ethische Fragen einer relationalen Anthropologie*. In: Reitinger Elisabeth, Beyer Sigrid (Hrsg.) *Geschlechter-sensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe*. Frankfurt am Main: Mabuse, 33-44
Wunder Michael (2008): *Demenz und Selbstbestimmung*. *Ethik in der Medizin* 2008, 20:17-25, DOI 10.1007/s00481-007-0529-z

Impressum

Autor*innen (alphabetisch)

Karin Böck I A, Katharina Heimerl I A, Marina Kojer I A, Roland Kunz I CH, Dirk Müller I D, Ursa Neuhaus I CH, Manuela Röker I D

Mitwirkende an der FGPG-Frühlingsakademie 2019 in Wien (alphabetisch)

Karin Böck I A, Peter Brall I D, Karin Caro I D, Johannes Elas I D, Susanne Domkar I A, Claudia Huber I A, Kerstin Hummel I D, Marina Kojer I D, Roland Kunz I CH, Amöna Landrichter I D, Dirk Müller I D, Ursa Neuhaus I CH, Bärbel Sievers-Schaarschmidt I D, Norbert Schmelter I D, Gerda Schmidt I A, Harald Retschitzegger I A, Manuela Röker I D

Fachliche Beratung

Ralf Jox, I CH, Hedwig Neu I D

Verabschiedet im Vorstand der FGPG, 11. Oktober 2019

Katharina Heimerl I Wien, Marina Kojer I Wien, Roland Kunz I Zürich, Dirk Müller I Berlin

Werden auch Sie
Mitglied in der deutschsprachigen
Fachgesellschaft Palliative Geriatrie.

Registrieren Sie sich auf:

www.fgpg.eu

Spendenkonto IBAN
DE25 6005 0101 0008 6738 31

FGPG
FACHGESELLSCHAFT PALLIATIVE GERIATRIE



FACHGESELLSCHAFT PALLIATIVE GERIATRIE – FGPG

Geschäftsstelle

Kimmichsweilerweg 56
D-73730 Esslingen
Telefon: +49/711/3108 73 42
Fax: +49/711/18 42 09 55
verwaltung@fgpg.eu

Vereinsitz/Sekretariat

c/o Kompetenzzentrum Palliative
Geriatrie vom UNIONHILFSWERK
Richard-Sorge-Straße 21A
D-10249 Berlin
Tel: +49 1520 / 317 49 82
info@fgpg.eu