



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2016

Sterben, wie man gelebt hat. Die Optimierung des Lebensendes

Streeck, Nina

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-128263>

Book Section

Accepted Version

Originally published at:

Streeck, Nina (2016). Sterben, wie man gelebt hat. Die Optimierung des Lebensendes. In: Jakoby, Nina; Thönnies, Michaela. Zur Soziologie des Sterbens : Aktuelle theoretische und empirische Beiträge. Wiesbaden: Springer, 29-48.

FINAL DRAFT

Streeck, Nina:

Sterben, wie man gelebt hat. Die Optimierung des Lebensendes

In: Nina Jakoby & Michaela Thönnies (Hrsg.), *Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge*. Wiesbaden: Springer VS, 2016, S. 29-48.

Abstract

Die Frage nach dem guten Tod wird heute angeregt debattiert. Dabei ist jedoch nicht immer klar, wonach gefragt ist: Nach dem guten Tod oder dem guten Sterben? Der Beitrag entfaltet die These, dass für den gegenwärtigen Umgang mit dem Lebensende charakteristisch ist, sich für das Sterben zu interessieren und dieses zum Gegenstand von Optimierungsbestrebungen zu machen. Häufig orientiert sich die Optimierung des Sterbens an den einflussreichen Leitbildern der Palliative Care und der Sterbehilfebewegung. An ihnen lässt sich ablesen, wie sich die Sterbeoptimierung heute konkret verwirklicht.

Wer Antworten auf die Frage sucht, was ein guter Tod sei, wird leicht fündig, so angeregt wird das Thema heute öffentlich verhandelt, und das nicht allein in Kontroversen über Sterbehilfe. Eine umfangreiche Ratgeber- und Betroffenenliteratur steht zur Verfügung, Talkshows widmen sich Sterben und Tod, in unzähligen Weblogs schildern unheilbar Kranke bis unmittelbar vor ihrem Tod ihre Erfahrungen, Dokumentarfilmer begleiten Sterbende in ihrer letzten Lebensphase. Von einer „Geschwätzigkeit des Todes“ (Nassehi 2004) zu sprechen, drängt sich regelrecht auf.

Die stets – manchmal klar formuliert, manchmal unausgesprochen – mitschwingende Frage, wie zu sterben gut sei, könnte dabei durchaus geeignet sein, Irritationen hervorzurufen. Denn kann das Adjektiv *gut* jemals Sterben und Tod spezifizieren, wo doch der Tod als Feind des Lebens figuriert? Gaukelt die Rede vom guten Sterben nicht eine Harmonie von Unversöhnlichem vor, nämlich von Leben und Tod? Verbinden sich mit dem Lebensende nicht unauflöslich Kummer, Leiden und Trauer, die Sterben und Tod der Attribuierung als Gutes notwendig entziehen? Was soll es bedeuten, vom Sterben oder vom Tod auszusagen, sie seien gut?

Doch liegt die Frage nach einem guten Tod auch nahe. Kommt der Tod schon, wenn auch nicht willkommen, so doch eines Tages unweigerlich, lässt sich wenigstens wünschen, das Lebensende möge, zumindest in einem bescheidenen Sinne, gut verlaufen. Tatsächlich ist die Frage nach dem guten Tod nicht neu. Ebenso wie sich Menschen seit jeher dafür interessiert haben, wie sie gut leben, stellten sie stets auch die Frage, wie sie gut sterben können. Und jederzeit kursierten Antworten, die mitunter zu gemeinschaftlich geteilten Idealen kondensierten; so auch heute. Dennoch ist nicht auf den ersten Blick klar, wonach wir eigentlich fragen, wenn wir wissen möchten, was ein gutes Lebensende ausmacht. Zur Klärung dessen trägt bei, zunächst die Frage

zu bedenken, um den eigentlichen Gegenstand des Interesses herauszuschälen, aber auch die Antworten in den Blick zu nehmen, die in Vergangenheit und Gegenwart gegeben wurden und werden. Für den heutigen Umgang mit dem Lebensende ist typisch, so lautet die hier entfaltete These, Sterben als etwas zu betrachten, das man besser oder schlechter *machen* kann. Damit wird das Sterben zum Gegenstand von Optimierungsbestrebungen, denen sich „Sterbeverbesserungstheorie[n]“ (Dreßke 2012, S. 104) widmen. Während auf den Sterbeprozess einerseits medizinisch eingewirkt wird, um körperliche Symptome zu behandeln, aber auch seelisches Leiden (etwa durch Psychopharmaka) zu lindern, lassen sich andererseits verschiedene typische Praktiken in der Sterbephase als Selbstformung deuten. Die Optimierung des Sterbens kann sich dabei höchst unterschiedlich gestalten. Doch obwohl wir es mit einer „Bandbreite an Todesbildern [...], die kaum überschaubar ist“ (Nassehi 2004, S. 131), zu tun haben, kursieren einflussreiche Leitbilder, an denen sich das Optimierungsstreben gegenwärtig orientiert, nämlich jene der Palliative Care sowie der Sterbehilfebewegung. An ihnen lässt sich ablesen, wie sich die Sterbeoptimierung heute konkret realisiert.

1. Gutes Sterben, guter Tod. Ein Problemaufriss

1.1 Tod oder Sterben? Begriffliche Vorbemerkungen

Schon in der kurzen Einleitung verschwimmen die Begriffe: Reden wir vom guten Sterben? Vom guten Tod? Oder ist das am Ende gar dasselbe? Die Bezeichnungen für den Prozess (des Sterbens) sowie für den Zustand (des Totseins) liegen unmissverständlich fest (Dekkers et al 2002, S. 111). Nur das Sterben kann sich in einem längeren Geschehen ausdehnen, beim Tod hingegen handelt es sich um einen Zustand, den gerade charakterisiert, dem Wandel der Zeit enthoben zu sein. Doch changieren die Begriffe Sterben und Tod, wenn es um das Ereignis (des Eintretens des Todes) geht. Für einen „guten Tod“ mögen wir halten, nachts im Bett einzuschlafen und nicht mehr aufzuwachen, jedoch könnte ein Beobachter des Geschehens ebenso korrekt behaupten, „sie stirbt jetzt“, wenn die Schlafende ihren letzten Atemzug tut. In beiden Fällen ist offenkundig das Ereignis gemeint. Doch die semantische Unschärfe täuscht leicht über die Unterschiede hinweg. Die Substantivierung des Verbs „sterben“ hat ein Kunstwort erschaffen, das in der Frage nach einem guten Lebensende oft scheinbar harmlos als Synonym für den Tod auftritt. Denn es stirbt nicht mehr eine konkrete Person in einer besonderen Situation; stattdessen suggeriert das Substantiv „Sterben“, dass sich Bestimmungen dingfest machen lassen, die auf jedes Sterben zutreffen oder die doch zumindest bis zu einem gewissen Grad regelhaft mit dem Sterben verbunden sind.

Wer nach dem guten *Sterben* fragt, dürfte weniger den unvermuteten tödlichen Herzinfarkt im Sinn haben. Wir mögen in einem solchen Fall von einem plötzlichen *Tod* sprechen (der dem Einen oder Anderen womöglich als gut erscheint), nicht aber von einem plötzlichen *Sterben*: Sterben bezeichnet stets einen mehr oder minder langen Prozess, der den Übergang vom Leben zum Tod umfasst, während bei der Rede vom Tod der Fokus sich auf den Augenblick des Ablebens richtet und das vorausgehende Geschehen allenfalls in zweiter Linie mitgemeint ist. Mit

der scheinbar nebensächlichen Wortwahl verbinden sich damit unausgesprochene, normativ bedeutsame Vorentscheidungen: Wo das gute Sterben und nicht der gute Tod zum Thema gemacht wird, geht die Tendenz dahin, als gut nur zu begreifen, was sich über eine gewisse Zeit ausdehnt. Manche Formen des Ablebens geraten damit gar nicht erst recht in den Blick, nämlich alle unerwarteten und raschen Tode. Steht das Sterben anstelle des Todes im Fokus des Interesses, so gewinnt auch die Gestaltbarkeit des Lebensendes an Relevanz, denn Sterbeprozesse lassen sich, wenn auch in Grenzen, dank ihrer zeitlichen Ausdehnung planen und formen, während der Tod als kurzfristiges Ereignis weitaus geringere Spielräume der Gestaltung bietet. Freilich variieren Sterbeverläufe, auch im Ausmaß ihrer Unverfügbarkeit, doch bedeutet Sterben stets auch Handeln, ja, Handeln-Müssen. Die Haltung gegenüber dem Tod hingegen kennzeichnet primär Passivität: Der Tod wird erlitten; er holt einen, ungefragt.

Nach dem guten Sterben zu fragen impliziert, dass es ebenso ein schlechtes Sterben gibt. Sterben wird damit zu einer bewertbaren Angelegenheit. Wird das Lebensende nicht nur als passiv zu erdulndes Geschehen, sondern auch als kreatives Handeln begriffen, so hängt, ob jemand gut oder schlecht stirbt, davon ab, in welcher Weise er die Möglichkeiten zur Gestaltung seines Sterbens ausschöpft. Entsprechende Anstrengungen versprechen ein umso besseres Sterben, wobei die Gestaltung auch misslingen oder gar nicht erst in Angriff genommen werden kann.

1.2 Sterben: Leben bis zuletzt?

Eine weitere Abgrenzung drängt sich auf: Wenn nun das Sterben kein punktuellere Ereignis bezeichnet, sondern eine – die letzte – Phase des Lebens, könnte die Frage nicht auch nach dem guten Leben lauten statt nach dem guten Sterben? Oder unterscheiden sich Leben und Sterben als letzte Lebensphase fundamental, so dass im Sterben nicht mehr zum Gelingen beiträgt, was das Leben zuvor zu einem guten machte? Manches, das im Leben wichtig war, wie Autonomie oder enge Beziehungen, mag es im Sterben bleiben, jedoch erhält es dann womöglich eine andere Note oder einen anderen Stellenwert. Anderes erlangt erst am Lebensende Relevanz, wie das Bewusstsein des nahenden Todes oder eine zufriedenstellende Lebensbilanz (Dekkers et al. 2002, S. 112f.). Auch die körperlichen Veränderungen, Beschwerden und Einschränkungen, die mit einer tödlichen Krankheit einhergehen, können verschieben, was jemand als belangvoll empfindet.

Doch gewandelte Wertigkeiten und Bedeutsamkeiten markieren nicht allein den Übergang vom Leben zum Sterben. Die Kennzeichnung des Sterbens als anders als das übrige Leben, als besondere Lebensphase mit ihr eigenen glückversprechenden Kriterien bringt mit sich, dass der Sterbende in eine neue Rolle finden muss. Sein Leben ist nun Sterben, und damit es gelingt, muss es nicht nur bestimmte Merkmale tragen, sondern es erfordert auch entsprechende Verhaltens- und Handlungsweisen. Der Gedanke einer eigenen Sterberolle lehnt sich an das von Talcott Parsons formulierte Konzept der Krankenrolle an. Demnach sieht sich der Kranke ebenso wie der Sterbende mit spezifischen Erwartungen und Normen konfrontiert, die sich in der zugehörigen

Rollenanforderung verdichten (Seale 1998, S. 46-48; Emanuel et al. 2007). Die Rolle als Sterbender kann jemand einnehmen, sobald sein körperlicher Zustand medizinisch in entsprechender Weise interpretiert und er aufgrund einer unheilbaren Krankheit als sterbend wahrgenommen wird. Man ist dann zu der Übereinkunft gelangt, dass er nicht mehr in den Kreis der Gesunden zurückkehrt. Ob jemand noch als krank oder bereits als sterbend ausgezeichnet wird, unterliegt der Interpretation. Es existieren keine klaren Kriterien dafür, wann ein Patient im Krankheitsverlauf attestiert bekommt, seine Erkrankung sei terminal. Der Eintritt in die Sterberolle lässt sich als Ergebnis eines schrittweisen Aushandlungsprozesses verstehen, den der Arzt durch die letale Diagnose einleitet (Parker-Oliver 2000). Der Vorgang lässt sich ähnlich anhand der von Glaser und Strauss (1964) formulierten Typologie von „Bewusstseinskontexten“ illustrieren. Danach sind vier Muster denkbar, wie Patienten und ihr Umfeld im Hinblick auf den nahenden Tod ihre Interaktionen strukturieren: In einem *offenen* Bewusstseinskontext sind sich beide Seiten des bevorstehenden Lebensendes des Patienten bewusst, während im *geschlossenen* Bewusstseinskontext dem Patienten verschwiegen wird, dass er bald stirbt. Im *argwöhnischen* Bewusstseinskontext ahnt der Patient, wie es um ihn steht, obwohl er nicht informiert wurde, und im Bewusstseinskontext der *wechselseitigen Täuschung* wissen beide Seiten darum, gaukeln der jeweils anderen Partei jedoch Unwissenheit vor. Der Übergang in einen offenen Bewusstseinskontext entspricht hier dem Eintritt in die Sterberolle (Emanuel et al. 2007, S. 164f.). Die Rolle als Sterbender zu übernehmen, bedeutet somit zugleich, sich seines nahenden Lebensendes bewusst zu sein.

Die Sterberolle dient dem Zweck, den Sterbenden geordnet aus der sozialen Welt auszugliedern und die entstehende Lücke in der Gemeinschaft zu schließen (Göckenjan und Dreßke 2002). Wie mit der Krankenrolle sind auch mit der Sterberolle Pflichten und, mehr noch, Rechte verbunden (Emanuel et al. 2007). Für den Sterbenden gilt nun nicht mehr, was für die überlebenden Mitmenschen zutrifft. Am gewöhnlichen Alltag muss er sich nicht mehr beteiligen, denn das Leben als Sterbender folgt eigenen Regeln. Er kann etwa auf die Erfüllung seiner (letzten) Wünsche pochen, die Behandlung seiner Symptome beanspruchen oder besondere Aufmerksamkeit einfordern. Mit Blick auf die Rolle bedeutet Sterben tatsächlich etwas ganz anderes als Leben.

Als Zwischenfazit lässt sich festhalten, dass Vorentscheidungen damit verbunden sind, ob nach einem guten Tod, nach einem guten Sterben oder nach einem guten Leben (in der letzten Lebensphase) gefragt wird. Wie sich zeigen wird, drehen sich gegenwärtige Lebensend-Diskurse vornehmlich um das Sterben. Damit deutet sich zweierlei bereits in der Fragestellung an: Das Lebensende wird einerseits als Prozess begriffen, der sich gestalten lässt, und ist andererseits mit bestimmten Rollenerwartungen verbunden, die ein Bewusstsein des nahenden Todes voraussetzen. Mit den Besonderheiten der Frage ist also eine erste Spur möglicher Antworten gelegt, die – bei aller Vielfalt gegenwärtiger Vorstellungen von einem guten Sterben – einige Gemeinsamkeiten zeitigen. Bevor wir uns diesen zuwenden, folgt ein knappe historische Einordnung des heutigen Umgangs mit dem Lebensende.

2. Die Wiederkehr des Todes

In Anlehnung an Walter (1994; 1995) und Ariès (1976) lässt sich die neuzeitliche Entwicklung im Umgang mit Tod und Sterben in drei Phasen nachzeichnen, die jedoch nicht als klar voneinander zu trennende geschichtliche Perioden zu begreifen sind. Vielmehr können sich in einem einzigen Sterbevorgang Elemente aller drei Umgangsweisen finden.¹ Die skizzenhafte Darstellung dient hier dem Zweck, den Blick für gegenwärtige Vorstellungen vom guten Sterben zu schärfen und diese in einen geschichtlichen Kontext zu stellen.

Als „traditionellen Tod“ (Walter 1994, S. 47; 1995, S. 193) bzw. „gezähmten Tod“ (Ariès 1976) bezeichnen die Autoren ein Sterben, wie es in Europa bis ins 19. Jahrhundert üblich war. Der Tod trat häufig infolge einer Infektionskrankheit innerhalb von wenigen Tagen ein, weil noch keine medizinischen Mittel existierten, ihm Einhalt zu gebieten. Es herrschte eine hohe Sterblichkeit. Leitend für den Umgang mit dem Lebensende war die Religion, die bei der Vorbereitung der Seele auf ein Weiterleben nach dem Tod half. Für die Begegnung mit ihrem Schöpfer bereiteten sich die Menschen während des gesamten Lebens vor. Der Tod war allgegenwärtig (Feldmann 2010, S. 97), das Leben entsprechend ein „Leben mit dem Tod“ (Walter 1995, S. 198). Im Sterbevorgang hatte der Priester das Sagen und begleitete den Übergang der Seele rituell mit Gebet. Die Familie und Angehörige der Gemeinschaft säumten das Sterbebett und leisteten dem Sterbenden Beistand auf seinem letzten Weg. Gestorben wurde im eigenen Heim.

Im 19. Jahrhundert setzte sich allmählich der „moderne Tod“ (Walter 1994, S. 47; 1995, S. 193) bzw. der „verbotene Tod“ (Ariès 1976) durch, bei dem nun die Medizin anstelle der Religion Orientierung bot und der Arzt den Priester als Autoritätsfigur ersetzte. Zunehmend galt der Tod nicht mehr als spirituelle Passage, sondern als natürlicher Vorgang. Dass ihm mit Gebet beizukommen sei, überzeugte nicht mehr. Man verließ sich stattdessen auf die wissenschaftlich geprüften Methoden der Medizin. Deren Ziel war, den Tod möglichst lange zu verzögern, selbst wenn die Hoffnung auf Heilung erloschen war, indem das medizinisch-technische Instrumentarium ausgereizt wurde. Der wissenschaftliche Fortschritt machte tödliche Krankheiten besser kontrollierbar, verschaffte dem Kranken eine längere Lebensdauer und veränderte so das Sterben. Aus dem „Leben mit dem Tod“ wurde nun die „Kontrolle des Todes“ (Walter 1995, S. 198). Der Kranke starb nicht mehr daheim im Kreis seiner Lieben, sondern im Krankenhaus, wo die medizinischen Möglichkeiten voll ausgeschöpft werden konnten. Die Medizin übernahm das Zepter in der Kontrolle des Todes, weshalb Ariès (2009, S. 747) von einem „Triumph der Medikalisierung“ spricht, symbolisiert durch den Patienten, der angeschlossen an Geräte und den Körper gespickt mit Schläuchen sein Leben ließ. Vor der Gesellschaft verborgen fand das Sterben

¹ Walter (1994; 1995) präsentiert die drei Umgangsformen mit dem Tod als Idealtypen, die in Reinform nicht existieren, aber als Verstehenshilfen für das Sterben im 20. Jahrhundert dienen können, insofern tendenziell ein Typus aus einem anderen Typus hervorging. In dieser Weise möchte ich die drei hier skizzierten Phasen ebenfalls verstanden wissen: als in bestimmten geschichtlichen Phasen vorherrschende Tendenzen im Umgang mit dem Sterben, die freilich nicht jeden einzelnen Tod umfassend beschreiben.

in den Hinterzimmern der Spitäler und nicht mehr im eigenen Heim statt. Als unerwünschtes Ereignis wurde es der öffentlichen Wahrnehmung entzogen und diskret ins Private verlagert. Vielfach ließen Ärzte die Patienten über ihren Zustand im Unklaren und verschwiegen ihnen die tödliche Diagnose. Bis zuletzt vermittelten sie ihnen die Hoffnung, wieder zu gesunden. Über persönliche Erfahrungen, Emotionen oder Ängste angesichts des bevorstehenden Todes wurde selten gesprochen. Als guter Tod galt der rasche Tod, bei dem die Sterbephase kurz und schmerzlos verlief (Walter 1994, S. 69). Der Tod bedeutete vor allem eines: ein Scheitern der Medizin.

Dank der Fortschritte der Medizin ließ sich zunehmend nicht nur das Leben von Patienten auf Intensivstationen künstlich verlängern, sondern konnten Menschen nach der Diagnose einer unheilbaren Krankheit auf viele Monate, mitunter sogar Jahre weiterer Lebenszeit hoffen, was fortan zu einer „prolonged affair“ (Walter 1994, S. 50) mit dem Tod führte, wie wir sie auch heute kennen. Seit den 1960er Jahren erfuhr die Apparatedizin verschärfte Kritik. In der folgenden Zeit veränderte sich der Umgang mit Tod und Sterben, wozu maßgeblich die Gründerin der modernen Hospizbewegung Cicely Saunders und die amerikanische Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross beitrugen. Die Begegnung mit dem krebserkrankten, polnischen Flüchtling David Tasma in einem Londoner Krankenhaus hatte Cicely Saunders' Aufmerksamkeit 1948 auf die Nöte von Sterbenden gelenkt und ihren Wunsch begründet, sich ihrer anzunehmen. Um terminal kranken Patienten eine umfassende Fürsorge, anders als im Krankenhaus, angedeihen zu lassen und sich auch ihren seelischen und spirituellen Nöte zu widmen, eröffnete sie schließlich 1967 ein Haus speziell für Sterbende, das St. Christopher's Hospice in London (Clark 2007). Etwa zur gleichen Zeit führte Kübler-Ross mit Studenten in Chicago ihre berühmt gewordenen knapp 200 „Interviews mit Sterbenden“ (1969), weil sie die Anliegen und Bedürfnisse unheilbar Kranker in Erfahrung bringen und ihnen auf diesem Weg eine Stimme verleihen wollte. Mit ihrer Vision eines anderen Umgangs mit Sterben und Tod, als bis dahin üblich, stießen die beiden Pionierinnen auf offene Ohren; zahlreiche Mitstreiter schlossen sich ihnen alsbald an. Weitere Hospize wurden gegründet und in Krankenhäusern Palliativstationen eröffnet. In den 1970er und 1980er Jahren fanden die Ideen von Saunders und Kübler-Ross in Europa und den USA zunehmend Anklang. Bis heute prägen sie die moderne Hospiz- und die Palliativbewegung, worauf weiter unten noch einzugehen sein wird.

Beide Frauen hatten Anteil daran, dass sich der Umgang mit Sterben und Tod zu ändern begann. Walter (1994) spricht von einem „Revival des Todes“, das aus der Kritik am modernen Tod erwachsen sei und dem „neo-modernen Tod“ (Walter 1994, S. 47) den Weg ebnete. Der Sterbende mit seinen individuellen Wünschen und Bedürfnissen rückte nun in den Mittelpunkt. Heute geben Walter (1995) zufolge nicht mehr ein Priester oder ein Arzt vor, wie das Lebensende zu verlaufen hat, sondern der Kranke bestimmt, wie er sich sein Sterben vorstellt. Das Sterben individualisiert sich, zu vernehmen ist nun „a babel of voices proclaiming various good deaths“ (Walter 1995, S. 2). Über die Erfahrungen, die unheilbar Kranke in ihrem Sterbeprozess machen, wird heute öffentlich gesprochen, wovon zahlreiche Dokumentarfilme über das Lebensende und (auto-)biografische Schilderungen in Buchform, in Zeitungen oder in Weblogs zeugen: Gestorben

wird nicht mehr in den Hinterzimmern der Krankenhäuser, sondern im Licht der Öffentlichkeit. Weder bereitet Gebet den Weg in den Tod vor, noch wird im Falle einer unheilbaren Krankheit das bevorstehende Ableben verschwiegen. Vielmehr erhält der Sterbende die Diagnose und sieht sich zu Behandlungsentscheidungen aufgefordert, bekommt aber auch Gelegenheit, seine Gefühle und Ängste zu artikulieren, um Krankheit und nahenden Tod psychisch besser zu bewältigen. Die Palliativmedizin hat sich etabliert, so dass zum Repertoire der Medizin nicht mehr allein kurative Behandlungen zählen, sondern ebenso palliative. Bedeutete der Tod eines Patienten zuvor ein Scheitern der Medizin, weshalb versucht wurde, sein Leben um jeden Preis zu verlängern, so lässt die heutige Palliativmedizin das Sterben gerade zu und greift nur noch lindernd in den Krankheitsverlauf ein.

Damit weicht das traditionelle „Leben mit dem Tod“, bei dem der Tod eine stete Bedrohung darstellte, heute einem „Leben mit dem Sterben“ (Walter 1995, S. 198), das mit der terminalen Diagnose beginnt. Doch hat sich die Aufmerksamkeit nicht einfach „weg vom Tod als solchen und hin zum Prozess des Sterbens“ (Gehring 2010, S. 167) verlagert. Wird der Tod dem Kranken nicht bis zuletzt verschwiegen und von den behandelnden Ärzten nicht bekämpft, sondern zuvor eine Sterbephase eingeläutet, entsteht auch ein Raum, diese letzte Lebensphase nach den eigenen Vorstellungen zu entwerfen – und zu optimieren. Was das bedeutet, soll im Folgenden entfaltet werden.

3. Das Lebensende unter dem Optimierungsparadigma

3.1 Sterben als Optimierungsproblem

Wer etwas zu optimieren sucht, möchte es verbessern, so dass es in Anbetracht der jeweiligen Umstände sich so gut wie irgend möglich, eben optimal, ausbildet, und zwar in einer bestimmten Hinsicht. Dafür muss er in der Lage sein zu bewerten: Wann ist etwas besser als zuvor? Wie entscheidet sich, ob die Optimierung geglückt ist? Auch braucht er eine Vorstellung davon, was zu tun ist, damit sich die Verbesserung einstellt.² Optimieren bedeutet aktiv zu werden und etwas zu steigern, nicht selten sich selbst: seinen Körper und sein Aussehen, seine emotionalen und seine kognitiven Fähigkeiten – oder eben auch „biographische Übergänge und Phasen (von der Wiege bis zur Bahre)“ (Straub et al. 2012a, S. 16), wie sie hier interessieren. Optimierungsbemühungen werden stets genährt von der Hoffnung auf ein besseres Leben. Obschon seit eh und je Menschen danach gestrebt haben, sich selbst und die Dinge um sich zu verbessern, prägt den Optimierungswillen heute eine bis anhin unbekannte „Exzessivität, Radikalität und Omnipräsenz“ (Straub et al. 2012a, S. 15). Entsprechend genießt das Thema breite Aufmerksamkeit, wobei vor allem technische, medizinische und pharmakologische Verbesserungen des menschlichen Körpers und Geistes im Fokus stehen, aber auch Aspekte der Selbstformung als einer „Arbeit an sich selbst“ (Kipke 2012, S. 270), die ohne technische Hilfsmittel auskommt und auf die bewusste Gestaltung mentaler Dispositionen im weitesten Sinne

² Für weitere Präzisierungen des Optimierungsbegriffs vgl. Straub et al. (2012b).

setzt. Zu letzterer zählen etwa Bestrebungen, durch Psychotechniken oder Meditation den eigenen Charakter zu formen, emotional stabiler zu werden oder bei Auseinandersetzungen gelassener zu reagieren.

Was bedeutet nun Optimierung mit Blick auf das Sterben? Als Sterbeverbesserung genügt sie – wie jede Form von Optimierung – formal einer Steigerungs- und Herstellungslogik. Der Tod wird nicht bloß passiv erlitten, sondern gerät als „Leben mit dem Sterben“ zu einer Arbeit, die der Sterbende selbst leistet und damit einen „Tod in eigener Regie“ (Gronemeyer 2007, S. 55) verwirklicht. Was er konkret unter einem guten Sterben versteht und inwiefern er sein Sterben also zu optimieren trachtet, gilt dabei als Frage, die individuell zu klären ist. Antworten auf die Frage nach dem guten Sterben, die allgemeine Verbindlichkeit beanspruchen, stehen heute unter dem Verdacht des Paternalismus und widersprechen der Vorstellung, dass Fragen der Lebensführung unter die autonome Entscheidung des Einzelnen fallen. Damit fungiert als – bloß formaler – gemeinsamer Nenner die Vorstellung, einer jeder solle so sterben, wie er es wünscht und wie es ihm entspricht. Häufig gerinnt dieser Gedanke zur Formel vom „Sterben, wie man gelebt hat“ (Borasio 2014, S. 118). In einem guten Sterben entfaltet sich demnach die eigene Persönlichkeit, und die einzigartige Biografie findet ihr ebenso einzigartiges Ende. Der Sterbende bringt ein letztes Mal zum Ausdruck, wer er ist und sein möchte. Diesen Gedanken formuliert auch Woods, wenn er für einen guten Tod „a death that is consistent, and coherent with the kind of life we sought to live“ (Woods 2007, S. 32) hält und Kohärenz als einen Parameter eines guten Sterbens nennt. Damit ist auch das zentrale Kriterium gelingender Optimierung benannt: Das Sterben glückt, wenn Leben und Sterben sich zu einer stimmigen Einheit fügen. Bleibt eine Person sterbend also sich selbst treu und schafft es, ein ihr und ihrem Leben entsprechendes Sterben zuwege zu bringen, dann stirbt sie gut.

Wie jemand ein gutes Sterben bewerkstelligt und welche Mittel er dafür in Anspruch nimmt, bleibt dabei ebenfalls dem Einzelnen überlassen. Weil die Optimierung darauf zielt, so sterben zu können, wie man gelebt hat, spielen Praktiken der Selbstformung eine entscheidende Rolle, die sich auf „alle dauerhaften Prägungen des Bewusstseins und des Verhaltens“ (Kipke 2011, S. 52) richten. Sich selbst treu zu bleiben, wie es in der Formel vom „Sterben, wie man gelebt hat“ anklingt, bedarf der Arbeit an sich selbst, gerade wenn die Diagnose einer unheilbaren Krankheit ins Wanken bringt, wie man sich selbst versteht und wer man sein möchte. Mitunter wird dem Sterben in diesem Zusammenhang ein „eigenständiger existenzieller Wert“ zugeschrieben, was in einer regelrechten „Sterbedeidealisierung“ (Göckenjan und Dreßke 2002, S. 89) kulminieren kann. Die Konfrontation mit dem eigenen Tod taugt demnach dazu, zu einer reifen Persönlichkeit zu werden.

Das Zugeständnis von Individualität im Sterben erweist sich genauer betrachtet als bloß vordergründig, denn der Sterbende kann sich der Aufgabe der Sterbeoptimierung nicht entziehen. Er sieht sich vielmehr mit der Anforderung konfrontiert, er „möge bitte das gute Sterben hinkriegen“ (Gronemeyer 2007, S. 54). Zu den mit der heutigen Sterberolle verknüpften Erwartungen gehört, sich dem Optimierungsparadigma zu fügen und als Optimierer des eigenen

Sterbens aufzutreten. Die „technischen Imperative einer Bearbeitung und Verbesserung des Lebens“ (Gehring 2012, S. 185) gelten somit auch für das Sterben und hebeln den „Widerfahrnischarakter“ (ebd.) des Todes aus. Ein gutes Lebensende geschieht nicht von selbst, sondern bedarf eines finalen persönlichen Einsatzes: Das Sterben wird zum „letzten Lebensprojekt“ (Schneider 2014, S. 67). Seinen Sterbeprozess gestalten kann dabei nur, wer sich seines nahenden Lebensendes bewusst und Entscheidungen zu treffen in der Lage sowie willens ist, womit sich der Spielraum individueller Wünsche zusätzlich verengt, weil damit ausgeschlossen wird, den bevorstehenden Tod zu ignorieren und zu verdrängen.

Das bis hierhin Gesagte beschreibt allgemein, wie die Frage nach einem guten Sterben heute beantwortet wird und was unseren Umgang mit dem Lebensende charakterisiert. Obwohl oberflächlich Einigkeit herrscht, dass das gute Sterben allein durch das formale Kriterium bestimmt sein sollte, ein jeder möge es nach seiner Fassung gestalten und optimieren, kursieren inhaltlich gefüllte Sterbeideale, die mit dem Anspruch versehen sind, für jedermann den richtigen Weg zu weisen. Popularität genießen vor allem diejenigen der Hospiz- und Palliativbewegung sowie der Sterbehilfe-Organisationen, in denen die Orientierung am Optimierungsparadigma über die genannten Merkmale heutigen Umgangs mit dem Sterben hinaus konkret greifbar wird.

3.2 Sterbeoptimierung in der Hospiz- und Palliativbewegung

Hospiz- und Palliativbewegung³ verpflichten sich dem Ideal, den individuellen Wünschen und Bedürfnissen sterbender Patienten und ihrer Familien gerecht zu werden, folgen also der Idee, dass jede Person ihren eigenen Weg des guten Sterbens festlegen und „mit ihrer eigenen Biographie ihren eigenen Tod“ (Dreßke 2012, S. 115) sterben darf. Als ein Leitwort der Palliative Care lässt sich „Patientenzentriertheit“ verstehen (Randall und Downie 2014, S. 69). Der Patient bestimmt, was mit ihm geschieht; die Versorgung wird individuell auf ihn zugeschnitten. Doch verharren Hospiz- und Palliativbewegung nicht bei dieser formalen Konzeption eines guten Sterbens, nach der dem Patienten überlassen bleibt, wie er den Sterbeprozess gestalten möchte, sondern transportieren im Gegenteil sehr klare Vorstellungen von einem guten Sterben. Das Anliegen der Palliativversorgung konkretisiert sich in der Definition der Weltgesundheitsorganisation:

„Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.“⁴

³ Auf Unterschiede zwischen Hospizbewegung und Palliative Care wird nicht eingegangen, da die Sterbeideale sich in den hier interessierenden Aspekten stark gleichen.

⁴ WHO. *Definition of Palliative Care*. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Impliziert ist hier die Vorstellung, das Sterben verlaufe umso besser, je höher die Lebensqualität des Patienten und seiner Familie sei; bisweilen werden in der palliativmedizinischen Literatur die Begriffe Lebensqualität und gutes Sterben sogar synonym gebraucht (Göckenjan und Dreßke 2005, S. 164f.). Auf die Frage nach dem guten Sterben antwortet Palliative Care damit in Begriffen des Lebens. Das „Ersetzen des Sterbebedankens durch den Lebensgedanken“ (Dreßke 2012, S. 104) zeigt sich auch darin, dass zahlreiche Hospizvereine sich die Formel vom „Leben bis zuletzt“ zu Eigen machen. Mit der Betonung des Lebens und der Lebensqualität bleibt die Orientierung an den Wünschen der Patienten scheinbar gewahrt. Der Begriff entzieht sich einer allgemein anerkannten Definition, denn die subjektive Perspektive lässt sich nicht hintergehen, da widersinnig anmutet, jemandem eine hohe Lebensqualität zuzuschreiben, die er selbst nicht als solche empfindet, wie es im Falle eines objektiven Konzepts der Fall wäre.

Mit einer rein subjektiven Bestimmung von Lebensqualität wird jedoch gebrochen, indem das palliativmedizinische Anliegen seinen Niederschlag in einer Vielzahl von Instrumenten findet, mit denen teils *ante mortem*, teils *post mortem* ermittelt wird, wie es um die Lebens- oder sogar ausdrücklich um die Sterbequalität des Patienten bestellt ist bzw. vor seinem Tod war. Als Exempel kann der „Quality of Death and Dying Questionnaire“⁵ (QODD) dienen, der als am Besten validiertes Instrument gilt (Hales et al. 2010). Die Angehörigen werden nach den Erfahrungen gefragt, die der Verstorbene unmittelbar vor seinem Tod gemacht hat, etwa ob er seinen Frieden mit dem Sterben gefunden habe, ob er frei von Angst gewesen sei oder seine Würde und sein Selbstrespekt erhalten zu sein schienen. Die Befragten bewerten die Erfahrungen auf einer Skala, die von „terrible experience“ bis „almost perfect experience“ reicht. Auf Basis dessen wird ein Wert ermittelt, der die Sterbequalität retrospektiv angibt, womit ein erstes Kriterium für eine gelungene Optimierung des Sterbens zur Verfügung steht.

Ein weiteres Kriterium ergibt sich mit Blick auf das Wirken der bereits erwähnten Elisabeth Kübler-Ross. Vor dem Hintergrund der Interviews mit Sterbenden entwickelte sie ihr bekanntes Modell der Sterbephasen (Kübler-Ross 2012). Demnach durchläuft jeder Sterbende die Stadien des Nicht-wahrhaben-wollens, des Zorns, des Verhandeln und der Depression, um zuletzt zur Akzeptanz des nahenden Todes zu finden. Ist diese letzte Phase erreicht und hat der Kranke seine Angelegenheiten geregelt, sich mit allen ausgesprochen, sich verabschiedet und innerlich vorbereitet, kann er einem friedlichen Ende entgegensehen. Obwohl die empirische Evidenz des Modells bezweifelt und sein stark normierender Charakter kritisiert wurden, beeinflusste es die Hospiz- und Palliativbewegung nachhaltig (Gehring 2010, S. 183). Ein gutes Sterben verwirklicht sich auch nach heutigem hospizlichen und palliativmedizinischen Verständnis in einem Prozess

⁵ University of Washington. *Quality of Death and Dying Questionnaire*.

<http://depts.washington.edu/eolcare/pubs/wp-content/uploads/2011/08/uwqodd-soadi.pdf>.

Zugegriffen: 12. Oktober 2015.

persönlichen Wachstums, weshalb für eine Atmosphäre gesorgt wird, die „eine Akzeptanz des nahenden Todes bei den Patienten herstellt“ (Dreßke 2007, S. 87). Ob das Sterben gelingt, lässt sich dann daran ablesen, dass der Patient sein Ende akzeptiert oder ihm zumindest bewusst entgegen sieht.

Die Definition der WHO gibt darüber Aufschluss, wie Palliative-Care-Maßnahmen zu einer guten Lebensqualität und – wie wir ergänzen können – zu innerem Wachstum beitragen: Sie sollen verhindern, dass der Sterbende leidet, indem sie umfassend auf die Behandlung seiner Probleme körperlicher, psychosozialer und spiritueller Natur zielen. Dem eigenen Selbstverständnis nach handelt es sich bei Palliative Care um einen holistischen Ansatz der Betreuung unheilbar kranker Menschen, bei dem verschiedene Berufsgruppen zur Bereitstellung einer biopsychosozialspirituellen Fürsorge zusammenwirken („comprehensive, interdisciplinary care“, Billings 1998, S. 80). Die ganzheitliche Konzeption geht zurück auf Cicely Saunders. Mit dem Begriff des „totalen Schmerzes“ (*total pain*) wies sie darauf hin, dass sich die Erfahrung eines Sterbenden nicht auf körperliche Beschwerden reduzieren lasse, sondern sein Schmerz ebenso psychisches, soziales und spirituelles Leiden umfasse (Saunders 1996, S. 1600). Jemandem im Sterben beizustehen, bedeutete für Saunders deswegen, ihm neben der Behandlung der körperlichen Symptome auch psychosoziale und spirituelle Fürsorge angedeihen zu lassen. Damit ist auch möglich, den Patienten dabei zu unterstützen, sich auf den nahenden Tod vorzubereiten, wie es Kübler-Ross in ihrem Modell der Sterbephasen vorschwebte. Gefragt ist dabei freilich die Mitarbeit des Sterbenden im Sinne einer Selbstformung, bei der er sich bemüht, die erwünschte Akzeptanz des Todes zu erreichen.

Bei näherer Betrachtung entpuppt sich das vermeintlich individualistische Sterbeideal der Palliativ- und Hospizbewegung damit als höchst anforderungsreich. Der Sterbende sieht sich nicht nur mit den allgemein mit dem Optimierungsparadigma verbundenen Rollenerwartungen und dem Ideal eines „Sterbens, wie man gelebt hat“ konfrontiert, sondern mit weitaus detaillierteren Bestimmungen des guten Sterbens, wie sie in Sterbequalitätsindizes operationalisiert werden. In Messinstrumenten wie diesen, die zur Qualitätskontrolle in der Palliative Care zum Einsatz kommen, verengt sich die Vorstellung vom guten Sterben auf einen Katalog von Aspekten, die den Sterbeprozess vermeintlich in eine positive Lebenserfahrung verwandeln. Das gute Sterben wird zu einer nach eindeutigen Kriterien optimierbaren Größe. Gibt (wie im QODD) nicht der Sterbende selbst Auskunft über sein Erleben, sondern ihm Nahestehende, so geht die subjektive Perspektive verloren: Sterben wird als ein Mix von vorab festgelegten Erfahrungsdimensionen verstanden, die sich von Außenstehenden numerisch exakt dingfest machen lassen. Ähnliches gilt für das „Entwicklungsziel des letzten großen Selbst-Entwurfs“ (Dreßke 2012, S. 116), das Krankenhaus- bzw. Hospizpersonal an den Sterbenden herantragen. Die Optimierungsforderung steigert sich zum nachdrücklich an den Patienten gerichteten Anspruch, sich auf das bevorstehende Ableben vorzubereiten – und sich dabei helfen zu lassen: Im Angebot holistischer Fürsorge steckt zugleich die Erwartung, diese auch wahrzunehmen, weshalb der Tod als etwas verstanden wird, „von dem man unbedingt und möglichst ehrlich *sprechen muss*, um gut sterben zu können“ (Gehring 2010, S. 183), denn die Behandlungsmaßnahmen sind überhaupt

nur einsetzbar, wenn der Sterbende offen mit seinem nahenden Tod umgeht. Wie ungehalten das Pflegepersonal reagiert, wenn sich ein Sterbender sträubt, dem hospizlichen Sterbeideal zu genügen, schildern etwa Göckenjan und Dreßke (2002). Die heutige Palliative Care zeichnet damit ein Paradox aus: Das Anliegen, jedem ein individuelles Sterben zu ermöglichen, verkehrt sich in ausgeprägte Normierungen des Sterbeprozesses (Randall und Downie 2014, S. 20f.).

3.3 Sterbeoptimierung und assistierter Suizid

Parallel zur Verbreitung des Hospiz- und Palliativgedankens begann sich die moderne Sterbehilfebewegung zu formieren, in Europa zunächst in den Niederlanden in den 1970er Jahren, wo nach einem Präzedenzfall einer Tötung auf Verlangen der Weg zur Legalisierung der Euthanasie schrittweise begangen wurde, bis seit dem Jahr 2002 unter bestimmten Voraussetzungen Tötungshandlungen oder Beihilfe zum Suizid straffrei blieben (Fittkau und Gehring 2008). Auch in anderen Ländern bildete sich allmählich eine „Right-to-die“-Bewegung. In der Schweiz wurden 1982 die Suizidhilfe-Organisationen Exit (Deutsche Schweiz) und Exit A.D.M.D. (Französische Schweiz) gegründet; die Gründung von Dignitas folgte im Jahr 1998. Noch deutlicher als Palliativ- und Hospizbewegung scheinen die Sterbehilfe-Organisationen zu betonen, dass ein jeder so sterben solle, wie er es sich wünsche. Selbstbestimmung lautet das dominierende Schlagwort, mit dem die Vereine werben und ihr Sterbeideal auf den Punkt bringen. Die Schweizer Suizidhilfe-Organisation Exit etwa nennt als ihr Leitbild „Selbstbestimmung im Leben und Sterben“⁶. Im deutschsprachigen Raum verwandelt sich der Ausdruck „selbstbestimmt sterben“ allmählich in ein Synonym für „assistierten Suizid“.⁷ Zwar reklamieren die Sterbehilfe-Organisationen auf den Begriff der Selbstbestimmung geradezu ein Monopol, doch finden sich auch hier klare Vorstellungen von einem guten Sterben, die den Anspruch konterkarieren, dass jedermann es nach seinen eigenen Wünschen und Bedürfnissen gestalten solle.

Was der durch assistierten Suizid Sterbende selbst bestimmt, nennt zunächst die Hinsicht, in der das Sterben optimiert wird: Er wählt den – optimalen – Zeitpunkt seines Ablebens.⁸ Wann der ideale Moment gekommen ist, den Suizid zu vollziehen, bemisst sich dabei am Leben: Angestrebt wird „das (vom Leben her gesehen) optimale Lebensende. Oder auch ein Lebensende, welches ‚das Leben‘ [...] optimieren kann“ (Gehring 2012, S. 186). Als Kriterien für ein gutes Sterben erweisen sich damit zunächst das Wählen des Sterbetermins und die im wahrsten Sinne des Wortes eigenhändige Kontrolle des Sterbens. Daraus ergeben sich weitaus größere Spielräume, das Lebensende nicht nur zu planen, sondern vor allem auch zu kontrollieren, als das in

⁶ <https://www.exit.ch/exit-auf-einen-blick/> Zugegriffen: 05. November 2015

⁷ Davon zeugen zahlreiche Zeitungsartikel, als willkürliche Auswahl seien genannt: „Selbstbestimmtes Sterben – Mein Tod gehört mir“, Süddeutsche Zeitung, 04.01.2014; „Ein Cowboy sagt Adieu“, Die Zeit, 16.10.2014; „Sterbehilfe – Der Tod gehört allen“, Die Zeit, 02.11.2015; „Sterbehilfe – Ein Wunsch, den man nicht abschlagen darf“, Der Spiegel, 07.11.2015

⁸ Zur Terminierung des Todes als einem dominanten Problem heutigen Sterbens vgl. Kellehear (2007, S. 234-250).

palliativmedizinischer oder hospizlicher Betreuung der Fall ist. Die etwaige Reise an den Sterbeort will geplant, der letzte Lebenstag gestaltet und Ablauf wie Umstände der Selbsttötung festgelegt werden. Der Sterbende hat die mit dem assistierten Suizid verbundenen Formalitäten zu erledigen und kann für die Zeit nach dem Tod ebenfalls Vorsorge treffen, indem er Konten kündigt, die Wohnung auflöst, das Erbe regelt und Geschenke an Freunde verteilt. Ein assistierter Suizid schließt die Unvorhersehbarkeiten des Krankheits- und Sterbeverlaufs aus und gerade darin spezifiziert sich die Vorstellung von einem guten Sterben. Während das Anliegen, dass jedermann so sterben möge, wie er es wünscht, in der Palliative Care in den Begriff einer messbaren Lebensqualität gegossen wird, gerinnt es im Feld der Suizidhilfe zur selbstbestimmten Kontrolle aller Umstände: Die Optimierung des Lebensendes vollzieht sich in einem kontrollierten Sterben, so dass umso besser stirbt, wessen Planung umfänglich Wirklichkeit wird. Wenn die Schweizer Suizidhilfe-Organisation Exit auf ihrer Website einen „sanften, sicheren und würdigen Tod durch Einschlafen“⁹ verspricht, so lässt sich das Ausdruck dieses Kontrollbedürfnisses lesen.

Ähnlich wie in Hospiz und Palliative Care wird mit einem guten Sterben verbunden, dass eine Person mit sich und ihren Angehörigen im Reinen nach versöhnlichem Abschied ruhig stirbt. Beispiele für nach dieser Vorstellung ideale Sterbeverläufe finden sich in großer Zahl im Mitglieder-Magazin „Exit Info“. In Erzählungen von assistierten Suiziden wird zudem vielfach ausdrücklich auf das Ideal einer biografischen Kohärenz Bezug genommen. In einem typischen Narrativ fügt sich der Suizid als „selbstbestimmtes Sterben“ nahtlos an ein Leben, das davon geprägt war, einerseits eigenständige Entscheidungen zu treffen und andererseits auf die Hilfe anderer nicht angewiesen zu sein, wie das nun bei schwerer Krankheit oder der Gebrechlichkeit des Alters droht.¹⁰ Die bewusste Auseinandersetzung mit dem nahenden Tod, wie sie Kübler-Ross in ihrem Modell der Sterbephasen darstellt, leistet der durch assistierten Suizid Sterbende in anderer Weise. Das Vorgehen zielt weniger auf die Akzeptanz des Todes denn auf Selbstbehauptung: Anstatt hinzunehmen, dass gegenüber dem Tod alle Autonomiefantasien verpuffen müssen, bietet der Sterbende ihm die Stirn, indem er ihm zuvorkommt und sich selbst das Leben nimmt. Die größtmögliche Heteronomie – vom Tod ungefragt geholt zu werden – wird damit paradox zu einem Akt gesteigerter Selbstbestimmung umgedeutet. Dass es auf der Website von Exit heißt, eine Mitgliedschaft „wirkt wie eine Versicherung“¹¹, passt zu dem Sterbeideal im Feld der Suizidhilfe, das die Kontrolle aller Umstände umfasst. Zu den Leistungen bei einem assistierten Suizid gehören Beratungsgespräche, Hilfe bei der Beschaffung der nötigen Dokumente sowie bei der Vermittlung eines Arztes, der das Rezept für das Sterbemittel ausstellt und zuletzt die Begleitung bei der Einnahme des tödlichen Mittels. Versprochen wird nicht nur die Organisation eines reibungslosen Ablaufs ab erster Kontaktaufnahme, sondern vor allem auch ein Sterben „ohne jegliches Leiden und Schmerzen“¹². Neben Suizidassistenten bieten die Schweizer Organisationen Exit und Dignitas ihren Mitgliedern

⁹ <https://www.exit.ch/was-bietet-exit/> Zugegriffen: 22. Oktober 2015

¹⁰ Fallgeschichten dieser Art finden sich beispielsweise bei Arnold (2014).

¹¹ <https://www.exit.ch/was-bietet-exit/> Zugegriffen: 22. Oktober 2015

¹² <https://www.exit.ch/freitodbegleitung/wie-laeuft-eine-freitodbegleitung-ab/> Zugegriffen: 22. Oktober 2015

auch Patientenverfügungen und Unterstützung bei deren Durchsetzung an. Darin artikuliert sich neben dem Versprechen von Sicherheit auch der Gedanke einer frühzeitigen optimalen Vorsorge im Falle von Schicksalsschlägen. Wer sich wappnen möchte, so die Idee, verlagert die Sterbegestaltung bereits in die Lebensmitte hinein und bekommt ein friedliches Sterben damit zwar nicht garantiert, aber erhöht doch seine Chancen darauf.

Auch im Feld der Suizidhilfe verbergen sich hinter dem postulierten Ideal eines selbstbestimmten und individuell gestalteten Sterbens starke normative Vorstellungen. Die Anforderung, das Sterben zu gestalten, erfährt im assistierten Suizid eine radikale Zuspitzung: Erlitten werden soll der Tod auf keinen Fall, der Suizident führt ihn vielmehr handelnd selbst herbei und verleiht ihm Bedeutung, indem er Weise und Zeitpunkt des Todes kontrolliert (Seale 1998, S. 172). Sein Ableben detailliert zu planen und vorzubereiten, wird zur mit der Sterberolle verbundenen Pflicht, die sich als Kehrseite des Rechts auf Selbstbestimmung erweist. Zugleich erfährt der Begriff der Selbstbestimmung eine eigentümliche Verkürzung, indem er auf die Festlegung des Sterbedatums reduziert wird. Andere mögliche Entscheidungen über das eigene Lebensende geraten damit gar nicht erst in den Blick, etwa gerade keine Kontrolle über Art und Umstände des Todes ausüben zu wollen. Petra Gehring (2007) weist zudem auf eine weitere Paradoxie der Selbstbestimmung im Kontext der Suizidhilfe hin, nämlich den Umstand, dass zwar die Autonomie des Sterbewilligen beschworen wird, zugleich aber die Beteiligung eines Dritten als notwendig erachtet wird, obwohl nicht klar ist, warum der Suizid nicht auch ohne Assistenz durchgeführt werden könnte.

Schlussbemerkung

Zum Schluss möchte ich erneut aufgreifen, wovon meine Überlegung ausgegangen ist: Wonach fragen wir überhaupt, wenn wir nach einem guten Lebensende fragen? Die beiden vorgestellten Sterbeideale schließen den plötzlichen und unerwarteten Tod als gutes Lebensende aus; gefragt ist in beiden Fällen nach einem guten *Sterben*, nicht nach einem guten *Tod*. Palliative Care und Suizidhilfe-Organisationen geht es gleichermaßen um ein geplantes und ausgestaltetes Sterben, das Paradigma der Optimierung erweist als zentral. Weil sie ein individuelles Sterben zu ermöglichen versprechen, sind beide Sterbeformen – unter palliativer Betreuung oder durch assistierten Suizid – heute populär. Bei näherer Betrachtung kommen jedoch in beiden Fällen Sterbeideale zum Vorschein, die dem Sterbenden alles andere als einen großen Spielraum lassen, so zu sterben, wie er es wünscht. Vor allem sehen sie nicht vor, dass sich Menschen der Optimierung ihres Lebensendes grundsätzlich entziehen und sich mit dem Sterben, auch bei unheilbarer Krankheit, nicht auseinandersetzen, sondern eine Haltung der Passivität einnehmen. Sterbeoptimierung im Sinne der Palliative Care oder der Suizidhilfe steht zudem in scharfem Kontrast dazu, wie ein Großteil der Menschen zu sterben wünscht, nämlich ungeplant (Borasio 2012, S. 28f.). Ebenso gerät aus dem Blick, dass viele Menschen heute ganz anders sterben, als es die populären Ideale vorsehen: Der langwierige Sterbeprozess bei einer Demenzerkrankung kann weder im Feld der Palliative Care noch der Suizidhilfe als gut gelten. In den gegenwärtigen

Sterbediskursen verdunkelt sich damit unter dem Optimierungsparadigma, wie tatsächlich gestorben wird, und die heraufbeschworene Individualität im Sterben bleibt vorläufig.

Literatur

- Ariès, Philippe (1976). *Studien zur Geschichte des Todes im Abendland*. München: Hanser.
- Ariès, Philippe (2009). *Geschichte des Todes*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Arnold, Uwe-Christian (2014). *Letzte Hilfe. Ein Plädoyer für das selbstbestimmte Sterben*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Billings, J. Andrew (1998). What is palliative care? In: *Journal of Palliative Medicine* 1 (73-81).
- Borasio, Gian Domenico (2012). *Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen*. München: C.H. Beck.
- Borasio, Gian Domenico (2014). *selbst bestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können*. München: C.H. Beck.
- Clark, David (2007). From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. In: *Lancet Oncology* 8, 430-438.
- Dekkers, Wim, Sandman, Lars, & Webb, Pat (2002). Good death or good life as a goal of palliative care. In: Henk ten Have, & David Clark (Hrsg.), *The Ethics of Palliative Care. European Perspectives* (S. 106-125). Buckingham: Open University Press.
- Dreßke, Stefan (2007). Interaktionen zum Tode. Wie Sterben im Hospiz orchestriert wird. In: Petra Gehring, Marc Rölli, & Maxine Saborowski, *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute* (77-101), Darmstadt: WBG.
- Dreßke, Stefan (2012). Das Hospiz als Einrichtung des guten Sterbens. In: Daniel Schäfer, Christof Müller-Busch & Andreas Frewer (Hrsg.), *Perspektiven zum Sterben. Auf dem Weg zu einer Ars moriendi nova?* (S. 103-119), Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Emanuel, Linda, Bennett, Katherine, & Virginia E. Richardson (2007). The dying role. In: *Journal of Palliative Medicine* 10, 159-168.
- Feldmann, Klaus (2010). *Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer.
- Fittkau, Ludger, & Gehring, Petra (2008). Zur Geschichte der Sterbehilfe. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 4, 25-31.
- Gehring, Petra (2007). Sterbepolitische Umbauversuche. Von der Sterbehilfe zum assistierten Suizid. In: Petra Gehring, Marc Rölli, & Maxine Saborowski, *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute* (121-137), Darmstadt: WBG.
- Gehring, Petra (2010). *Theorien des Todes zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Gehring, Petra (2012). Tod durch Entscheiden. In: Andrea M. Esser, Daniel Kersting, & Christoph G.W. Schäfer (Hrsg.), *Welchen Tod stirbt der Mensch? Philosophische Kontroversen zur Definition und Bedeutung des Todes* (181-197), Frankfurt / New York: Campus.

- Gehring, Petra, Saborowski, Maxine, & Rölli, Marc (2007). Ambivalenzen des Todes? Zur Einleitung. In: Dies. (Hrsg.), *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute* (7-11), Darmstadt: WBG.
- Glaser, Barney G., & Strauss, Anselm L. (1964). Awareness contexts and social interaction. *American Sociological Review* 29, 669-679.
- Göckenjan, Gerd, & Dreßke, Stefan (2002). Wandlungen des Sterbens im Krankenhaus und die Konflikte zwischen Krankenrolle und Sterberolle. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 27, 80-96.
- Göckenjan, Gerd, & Dreßke, Stefan (2005). Sterben in der Palliativversorgung. Bedeutung und Chancen finaler Aushandlung. In: Hubert Knoblauch & Arnold Zingerle (Hrsg.), *Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens* (S. 147-167), Berlin: Duncker & Humblot.
- Gronemeyer, Reimer (2007). Von der Lebensplanung zur Sterbepflege: eine Perspektive der kritischen Sozialforschung. In: Petra Gehring, Marc Rölli & Maxine Saborowski (Hrsg.), *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute* (51-59), Darmstadt: WBG.
- Hales, Sarah, Zimmermann, Camilla, & Rodin, Gary (2010). The quality of dying and death: a systematic review of measures. *Palliative Medicine* 24, 127-144.
- Kipke, Roland (2011). *Besser werden. Eine ethische Untersuchung zu Selbstformung und Neuro-Enhancement*. Paderborn: mentis.
- Kipke, Roland (2012). Ignoriert, dementiert, kritisiert: menschliche Selbstformung im Schatten der technischen Optimierungsstrategien. In: Anna Sieben, Katja Sabisch-Fechtelpeter, & Jürgen Straub (Hrsg.), *Menschen machen. Die hellen und die dunklen Seiten humanwissenschaftlicher Optimierungsprogramme* (S. 269-303), Bielefeld: transcript.
- Kellehear, Allan (2007). *A social history of dying*. New York: Cambridge University Press.
- Kübler-Ross, Elisabeth (2012). *Interviews mit Sterbenden*. Freiburg: Kreuz Verlag.
- Nassehi, Armin (2004). “Worüber man nicht sprechen kann, darüber muß man schweigen.“ Über die Geschwätzigkeit des Todes in unserer Zeit. In: Konrad Paul Liessmann (Hrsg.), *Ruhm, Tod und Unsterblichkeit. Über den Umgang mit der Endlichkeit* (118-145), Wien: Zsolnay Verlag.
- Parker-Oliver, Debra (2000). The social construction of the „dying role“ and the hospice drama. In: *Omega* 40 (493-512).
- Randall, Fiona, & Downie, Robin S. (2014). *Philosophie der Palliative Care. Philosophie – Kritik – Rekonstruktion*. Bern: Hogrefe.
- Saunders, Cicely (1996). Into the valley of the shadow of death. A personal therapeutic journey. In: *British Medical Journal* 313, 1599-1601.
- Saunders, Cicely, & Baines, Mary (1991). *Leben mit dem Sterben. Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schneider, Werner (2014). Sterbewelten: Ethnographische (und dispositivanalytische) Forschung zum Lebensende. In: Martin W. Schnell, Werner Schneider & Harald Kolbe (Hrsg.), *Sterbewelten. Eine Ethnographie* (S. 51-138). Wiesbaden: Springer.

- Seale, Clive (1998). *Constructing Death. The Sociology of Dying and Bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Straub, Jürgen, Sabisch-Fechtelpeter, Katja, & Sieben, Anna (2012a). Homo modificans, homo modificatus. Ein Vorwort zu aktuellen „Optimierungen des Menschen“. In: Dies. (Hrsg.), *Menschen machen. Die hellen und die dunklen Seiten humanwissenschaftlicher Optimierungsprogramme* (9-26). Bielefeld: transcript.
- Straub, Jürgen, Sieben, Anna & Sabisch-Fechtelpeter, Katja (2012b). Menschen besser machen. Terminologische und theoretische Aspekte vielgestaltiger Optimierungen des Humanen. In: Dies. (Hrsg.), *Menschen machen. Die hellen und die dunklen Seiten humanwissenschaftlicher Optimierungsprogramme* (27-75). Bielefeld: transcript.
- Walter, Tony (1994). *The Revival of Death*. London and New York: Routledge.
- Walter, Tony (1995). Facing death without tradition. In: Glennys Howarth & Peter C. Jupp (Hrsg.), *Contemporary Issues in the Sociology of Death, Dying and Disposal* (S. 193-204). Basingstoke: Macmillan.
- Woods, Simon (2007). *Death's Dominion. Ethics at the end of life*. Berkshire: Open University Press.