



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

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

Year: 2017

**Das Lebensende gestalten. Soziale Anforderungen und individuelle
Umgangsformen mit dem Sterben**

Streeck, Nina

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

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-170329>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Streeck, Nina (2017). Das Lebensende gestalten. Soziale Anforderungen und individuelle Umgangsformen mit dem Sterben. *Psychozial*, 40(1):93-104.

Streeck, Nina: Das Lebensende gestalten. Soziale Anforderungen und individuelle Umgangsformen mit dem Sterben

Erschienen in: Psychosozial 40(1), S. 93-104.

Zusammenfassung

Der Beitrag widmet sich der Frage, wie sich Menschen am Lebensende auf ihren nahenden Tod vorbereiten und mit der Planung des eigenen Sterbens auseinandersetzen. Dabei steht im Fokus, wie sich soziale Bedingungen, Normierungen und Anforderungen in individuelle Umgangsweisen mit dem eigenen Sterben übersetzen. Zunächst wird vorgestellt und diskutiert, was heutige Sterbeverläufe ausmacht. Die Möglichkeit einer individuellen Gestaltung des Sterbens wird als zentrales Merkmal herausgearbeitet, mit dem sich vielfältige Anforderungen an den Sterbenden verbinden. Anhand der Darstellung und Interpretation zweier Fälle wird aufgezeigt, in welcher Weise diese Herausforderungen in individuelle Überlegungen zum Lebensende einfließen und die Planung des eigenen Sterbens formen.

Schlüsselwörter: Sterben, guter Tod, Palliative Care, Sterbehilfe, assistierter Suizid, Sterbeideale

Abstract

The article addresses the question how individuals at the end of life prepare for their imminent death and how they deal with making plans for their dying process. It focuses on how social conditions, norms and requirements translate into individual ways of approaching one's own dying. First, the paper introduces and discusses what characterizes current dying processes. The possibility of individually determining one's dying is identified as a crucial feature that is associated with various challenges for the dying person. Based on the description and interpretation of two cases it is then shown how these challenges affect individual reflections on the end of life and the planning of one's own dying.

Keywords: Dying, good death, palliative care, assisted dying, assisted suicide, ideals of dying

1. Einleitung

Von Tod und Sterben ist heute in der Öffentlichkeit viel zu hören. Talkshows und Dokumentarfilme widmen sich dem Thema, Sterberatgeber stehen auf Bestsellerlisten, und in zahlreichen Weblogs schildern Sterbende ihre Erfahrungen mit einer tödlichen Krankheit. Von einer „Geschwätzigkeit des Todes“ (Nassehi, 2004, S. 118) zu sprechen, drängt sich geradezu auf. Die öffentlichen Auseinandersetzungen mit dem Lebensende kreisen um Fragen nach einem *guten Sterben* und einer gelingenden Gestaltung der letzten Lebensphase im Angesicht des Todes: Wie glückt es Betroffenen, mit ihrem eigenen Sterben in guter Weise umzugehen? Was macht ein gutes Sterben aus? Wie

können sich Menschen auf ihren Tod vorbereiten und schließlich so sterben, wie sie es sich wünschen?

Verschiedene soziologische Gegenwartsanalysen konstatieren eine Individualisierung des Umgangs mit Sterben und Tod (vgl. u.a. Feldmann, 2010; Gronemeyer, 2007; Macho & Marek, 2007; Walter, 1994). Im Zuge dessen wurde der Tod „increasingly being shaped by neither the dogmas of religion nor the institutional means of medicine, but by dying, dead or bereaved individuals themselves“ (Walter, 1994, S. 2). Heutzutage, und das ist den verschiedenen Studien zufolge zentral für gegenwärtige Sterbeverläufe, können wir mitbestimmen, wie wir sterben möchten. Dabei hat sich vervielfältigt, wie Menschen ihrem eigenen Lebensende begegnen und „das eigene Sterben individuell ausgestalten“ (Gehring, 2010, S. 168).

Einige der soziologischen Zeitdiagnosen zeigen jedoch auch die Grenzen der Individualisierung auf (vgl. u.a. Dreßke, 2012; Göckenjan & Dreßke, 2002; Gehring, 2010; Gronemeyer, 2007; Schneider, 2014). Sie arbeiten heraus, mit welchen Erwartungen und Ansprüchen sich Sterbende heute konfrontiert sehen. Dazu gehört allem voran, dass die Möglichkeit, das eigene Sterben mitzugestalten, eine Kehrseite aufweist, denn sie bedeutet für den Einzelnen auch eine Anforderung: Er darf nicht nur, sondern *soll* auch über die Gestaltung seines Sterbens mitbestimmen und es als „Planungsaufgabe“ (Gronemeyer, 2007, S. 55) begreifen. Mit diesem Umstand verbinden sich, wie im Folgenden ausgeführt wird, weitere soziale Bestimmungen, die gegenwärtige Sterbeverläufe prägen.

Daraus ergibt sich die Frage, wie sich Normierungen und soziale Bedingungen des Sterbens in individuelle Umgangsweisen, Muster der Lebensführung und der psychosozialen Anpassung übersetzen: Wie nehmen Menschen die vielfältigen Anforderungen auf, die sich ihnen am Lebensende stellen? In welcher Weise finden heutige Sterbenormierungen Eingang in die Gestaltung des eigenen Sterbens? Diese Fragen stehen im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrags. Zunächst wird erörtert, was heutige Sterbeverläufe kennzeichnet und mit welchen Anforderungen sich Sterbende konfrontiert sehen. Dem folgt die Darstellung zweier Fälle aus der Studie „Sterbewünsche bei Menschen in schwerer Krankheit“¹, anhand derer exemplarisch erläutert wird, wie Menschen am Ende ihres Lebens diesen Herausforderungen des Sterbens begegnen können.

2. Leben mit dem Sterben: Sterbegestaltung zwischen Rechten und Pflichten

Die meisten Menschen sterben heute in hohem Alter, nachdem sie zuvor längere Zeit mit malignen oder fortschreitenden chronischen Erkrankungen gelebt haben, wobei der Tod oft wochen- bis monatelang vorhersehbar ist (vgl. Jox, 2011). Wann die Phase

¹ Es handelt sich um ein Forschungsprojekt im Rahmen des Schweizer Nationalen Forschungsprogramms 67 („Lebensende“), gefördert vom Schweizer Nationalfonds (2013-2016), geleitet von Dr. med. Heike Gudat Keller und Prof. Dr. Christoph Rehmann-Sutter. Das Teilprojekt von Nina Streeck wird außerdem unterstützt durch den Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Ich bedanke mich bei Christoph Rehmann-Sutter, Heike Gudat Keller, Kathrin Ohnsorge und Prof. Dr. Dr. Nikola Biller-Andorno für hilfreiche Kommentare.

behandelbarer Krankheit aufhört und der eigentliche Prozess des Sterbens beginnt, lässt sich vielfach nicht eindeutig feststellen. Die langwierigen Sterbeverläufe werden in aller Regel medizinisch betreut, teilweise ambulant, häufig in einer Institution. Die zeitliche Ausdehnung des Sterbeprozesses bedeutet für die Betroffenen ein „Leben mit dem Sterben“ („living with dying“, Walter, 1995, S. 198), eine letzte Lebensphase also, in der das Ende unweigerlich in absehbarer Zeit bevorsteht. Dieses „Leben mit dem Sterben“ gilt es individuell zu gestalten.

Wie jemand sein Leben führen – und entsprechend auch seine letzten Wochen und Monate ausfüllen – möchte, ist heute eine Frage, die dem Einzelnen zu weiten Teilen selbst überlassen bleibt. Ebenso wie wir eine Mannigfaltigkeit von Konzeptionen des guten Lebens kennen, erklingt gegenwärtig „a babel of voices proclaiming various good deaths“ (Walter, 1994, S. 2). Doch lässt sich in dem Stimmengewirr auch ein gemeinsamer Ton vernehmen, setzt die Vielfalt doch Einigkeit darüber voraus, dass ein jeder sein Lebensende selbst wählen können soll: „a good death is now a death that we choose“ (ebd.). Der Wunsch, das Leben in individueller Weise abzuschließen, findet gesellschaftlich weithin Anklang (vgl. Gehring, 2010; Gronemeyer, 2007; Walter 1994). Davon zeugt auch, was Hospiz- und Palliativbewegung sowie „Right-to-Die“-Organisationen als ein gutes Sterben begreifen. Ihr Verständnis ist von Interesse, weil sie den öffentlichen Diskurs prägen: Werden Tod und Sterben in den Medien verhandelt, drehen sich die Wortmeldungen überwiegend um Palliative Care und um Sterbehilfe.² Ohne die in diesen Kontexten verhandelten Sterbeideale detailliert zu entfalten, deute ich hier nur den genannten Aspekt an, der sowohl im Hospiz- und Palliativbereich wie im Umfeld der Sterbehilfe eine zentrale Rolle spielt, nämlich die individuelle Gestaltung des Sterbens (vgl. für Details Streeck, 2016).

So wird etwa im Hospizbereich der Individualität der einzelnen Person Rechnung getragen, indem ihr ermöglicht wird, „mit ihrer eigenen Biografie ihren eigenen Tod“ (Dreßke, 2012, S. 115) zu sterben. Auf der Grundlage von teilnehmenden Beobachtungen sprechen Göckenjan & Dreßke von „individualisierenden Inszenierungen des Sterbens“ (2002; S. 89), die im Hospiz angestrebt werden und den Einzelnen zum „Akteur seines Sterbens“ (ebd., S. 90) formieren. Auch im Kontext der Palliative Care gilt „dying the way that the individual wants“ (Walter, 1994, S. 29) als wünschenswert. In diesem Punkt ähneln sich die Sterbeideale von Hospiz- und Palliativbewegung einerseits und Sterbehilfe-Organisationen andererseits: In beiden Kontexten genießen die individuellen Wünsche des Sterbenden einen hohen Stellenwert. Die Schweizer Sterbehilfe-Organisation Exit etwa nennt als ihr Leitbild „Selbstbestimmung im Leben und Sterben“³.

Das Ideal eines individuell gewählten Sterbens umfasst für den Einzelnen freilich nicht unbeträchtliche Herausforderungen. Dazu gehört zunächst die Gestaltung des eigenen Lebensendes selbst, ist sie doch Möglichkeit und Anforderung in einem: Wir dürfen und *sollen* beim Sterben unseren eigenen Weg beschreiten. Dabei ist der Einzelne gefordert, sich für „das (vom Leben her gesehene) optimale Lebensende“ (Gehring, 2012, S. 186) zu entscheiden: ein einzigartiges Lebensende, in dem sich die individuelle Persönlichkeit

² Als willkürliche Auswahl seien lediglich genannt: Hille, S. (2016), Die Eltern gehen weg, Süddeutsche Zeitung Magazin, S. 28-37; Gott und die Welt: Genug gelitten – selbstbestimmt sterben, Film von M. Kronawitter (2016); Wewetzer, H. (2016), Palliativmedizin: Leiden lindern am Lebensende, Der Tagesspiegel (06.01.2016)

³ <https://www.exit.ch/exit-auf-einen-blick/> (Stand: 29.04.2016)

ein letztes Mal zum Ausdruck bringt. Der Tod wird nicht bloß erlitten, vielmehr widmet sich der Sterbende aktiv der Arbeit an der Gestaltung seines Ablebens. Die gesellschaftliche Vorgabe lautet Schneider zufolge, das Sterben zum „letzten Lebensprojekt des individualisierten Individuums“ (2014, S. 67) zu machen, in dem „das eigene Lebensende zu organisieren, es selbstbestimmt zu planen, zu gestalten, d.h. umfassend vorzusorgen“ (ebd., S. 130) ist.

Daraus ergeben sich weitere Normierungen des Sterbens. Damit die Möglichkeit der Sterbegestaltung überhaupt in Betracht kommt, muss sich der Sterbende seiner Situation bewusst sein und über das Herannahen seines Lebensendes Bescheid wissen. Walter (1994, S. 31f.) nennt als Voraussetzungen für ein Sterben gemäß der eigenen Wünsche, dass a) der Arzt seinem Patienten die Diagnose offen kommuniziert, b) der Patient sagt, wie er sterben möchte, und c) die Betreuungspersonen ihm zuhören. Diese Bedingungen sind in vielen Sterbegeschehen freilich nicht gegeben, weil die Betroffenen z.B. kognitiv eingeschränkt sind.

Naht das Lebensende, so bedeutet das für den Betroffenen, sich allmählich in eine neue Rolle einfinden zu müssen. Der Gedanke einer eigenen Sterberolle lehnt sich an Talcott Parsons Konzept der Krankenrolle an. Demnach sieht sich der Sterbende mit bestimmten Rollenerwartungen konfrontiert (vgl. Seale, 1998; Emanuel et al., 2007). Das Etikett „sterbend“ erhält er, sobald eine Erkrankung als unweigerlich zum Tode führend interpretiert wird, womit offenkundig wird, dass eine Person nicht in den Kreis der Gesunden zurückkehrt. Ob jemand noch als krank oder bereits als sterbend gilt, unterliegt jedoch der Interpretation und lässt sich nicht an eindeutigen Kriterien festmachen. Der Eintritt in die Sterberolle erfolgt somit nicht automatisch, sondern ist das Ergebnis eines schrittweisen Aushandlungsprozesses zwischen dem Betroffenen und seinem Umfeld, der mit der infausten Diagnose beginnt (vgl. Göckenjan & Dreßke, 2002). Als wie schwierig sich solche unausgesprochenen Verhandlungen mitunter gestalten, schildern exemplarisch Göckenjan & Dreßke (2002): Sie berichten von einem Hospizpatienten, der die Aufklärung über seine Krankheit verweigert und sein Sterben nicht anerkennt, infolgedessen bei seinen Betreuern als Querulant gilt und in ihrer Wahrnehmung einen schlechten Tod erleidet. Die Sterberolle wird mithin oft nicht widerstandslos übernommen, bisweilen sogar bis zuletzt abgelehnt.

In der Zuschreibung der Sterberolle manifestiert sich ein sozialer „Ausgliederungsprozess“ (Schneider, 2014, S. 60), mit dem die Weiterlebenden den Sterbenden geordnet aus ihrer Mitte verabschieden. Er dient der gemeinschaftlichen Vorbereitung auf die bevorstehende Neuorganisation des Alltags, der zukünftig ohne den Verstorbenen bewältigt werden muss (vgl. Schneider, 2014; Göckenjan & Dreßke, 2002). Für den Sterbenden hält die neue Rolle, ähnlich wie die Krankenrolle, Rechte und Pflichten bereit (vgl. Emanuel et al., 2007). Das „Leben mit dem Sterben“ folgt eigenen Regeln. Der Sterbende darf sich aus dem gewohnten Alltag ausklinken, die besondere Berücksichtigung seiner Wünsche und Bedürfnisse einfordern, Aufmerksamkeit beanspruchen und die Behandlung seiner körperlichen und psychischen Beschwerden verlangen – wiederum Verhaltensweisen, die sein Umfeld zugleich von ihm erwartet und die damit nicht bloß Rechte, sondern auch Pflichten für ihn bedeuten (vgl. Göckenjan & Dreßke, 2002).

Prägend für den heutigen Diskurs über Tod und Sterben ist ferner die psychologische Deutung von Elisabeth Kübler-Ross, die dem Umgang mit dem Lebensende seit den

1970er und 1980er Jahren in Nordamerika und Europa neue Impulse gab und bis heute große Resonanz erfährt (vgl. Dreßke, 2012; Gehring, 2010; Seale, 1998; Wittkowski, 2012). Das Sterben lässt sich nach Kübler-Ross als innerer Reifungsprozess verstehen, in dem der Sterbende die fünf Phasen des Nicht-wahrhaben-wollens, des Zorns, des Verhandeln und der Depression durchschreitet, um zuletzt zur Akzeptanz des Todes zu gelangen (vgl. Kübler-Ross, 2012). Ein gutes Sterben verwirklicht sich Kübler-Ross zufolge, wenn der Sterbende in einem Prozess persönlichen Wachstums dahin gelangt, das Leben loslassen und friedlich sterben zu können. Dabei versteht sie als finale Aufgabe des Sterbenden, einerseits das letzte Kapitel seiner Lebensgeschichte zu beschließen und andererseits sich versöhnt von seinem Umfeld zu verabschieden (vgl. Walter, 1994). Obwohl das Phasenmodell deskriptiven Charakter hat, wird es vielfach als „Heilsversprechen der Akzeptanz des Sterbens“ (Wittkowski, 2012; S. 54) verstanden und damit zu einer „Art Norm“ (ebd., S. 53) umgedeutet, die den Umgang mit dem Sterben gerade im hospizlichen und palliativmedizinischen Umfeld bis heute prägt, obwohl es heftig kritisiert wurde. Anders verhält es sich im Kontext der Sterbehilfe. Die bewusste Auseinandersetzung mit dem Lebensende zielt hier eher auf eine Selbstbehauptung gegenüber dem Tod: Das Erleiden des Sterben-Müssens wird in paradoxer Wendung in einen Akt der Selbstbestimmung umgedeutet (vgl. Streck, 2016).

Wie sich das Sterben als „Bewältigungsproblem“ (Müller-Busch et al., 2012, S. 200) mit hohen Anforderungen dem Einzelnen stellen kann, wird im Folgenden an zwei Einzelfällen diskutiert, die der Studie „Sterbewünsche bei Menschen in schwerer Krankheit“⁴ entnommen sind.

3. Martha F.: „Kein Wunschkonzert“

⁴ Die Studie „Sterbewünsche bei Menschen in schwerer Krankheit“ (2013-2016) im Rahmen des Schweizer NFP 67 schließt sich methodisch und inhaltlich an das Projekt „Terminally ill patients' wish to die“ (u.a. gefördert von Oncosuisse, 2006-2012) unter der Leitung von Christoph Rehmann-Sutter und Heike Gudat Keller an und untersucht das subjektive Verständnis von Sterbewünschen bei unheilbar kranken Menschen (vgl. Ohnsorge et al., 2014a; 2014b). Zur Methode: In der Sterbewünsche-Studie wurden Ansätze von Grounded Theory und der Interpretative Phenomenological Analysis kombiniert (für eine detaillierte Darstellung der Methode vgl. Ohnsorge et al., 2014a). *Datenerhebung*: Es wurden 32 Personen mit neurodegenerativen Krankheiten, Organversagen oder Multimorbidität eingeschlossen und ein bis zwei Mal in einem semistrukturierten Interview befragt. Wenn möglich, wurden außerdem ein Angehöriger, ein Arzt und eine Pflegekraft interviewt (142 Interviews insgesamt). *Auswertung*: Nach individueller Kodierung und Analyse wurden die Transkripte in der Forschungsgruppe gemeinsam ausgewertet. Die hier vorgestellten Fälle wurden von NS ein weiteres Mal analysiert und interpretiert. Formal handelt es sich bei dem Vorgehen um eine Sekundäranalyse, genauer gesagt um eine Supraanalyse (vgl. Medjedović, 2014). Diese Forschungsstrategie zeichnet sich dadurch aus, bereits existierende Forschungsdaten unter einer neuen Fragestellung zu untersuchen. Während die ursprüngliche Studie das Ziel verfolgte, Sterbewünsche bei Menschen in schwerer Krankheit zu untersuchen, galt das Interesse hier der Frage, wie sich soziale Bedingungen und Normierungen in individuelle Umgangsweisen mit dem eigenen Sterben übersetzen. Die beiden vorgestellten Fälle wurden als kontrastierende Typen ausgewählt und einer offenen Rekodierung und Fallrekonstruktion unterzogen. Bei der Analyse habe ich mich an den von Jürgen Straub (1999) in seiner *Relationalen Hermeneutik* formulierten Prinzipien und Arbeitsschritten der Interpretation orientiert und eine formulierende sowie eine vergleichende Interpretation unternommen. *Zur Transkription*: Die wörtlich transkribierten Zitate wurden für diesen Beitrag zur Verbesserung der Lesbarkeit vereinfacht.

Die 80-jährige Martha F. leidet an einer schweren Lungenkrankheit und benötigt seit einigen Jahren rund um die Uhr zusätzlichen Sauerstoff. Seit zwei Jahren lebt sie im Altersheim. Selbst kleine alltägliche Verrichtungen wie der Gang zum Speisesaal oder eine Dusche strengen sie an und führen zu Atemnot. Das Haus verlässt sie nicht mehr und verbringt die Zeit vor allem mit Kreuzworträtseln, Fernsehen und viel Schlaf. Sie ist geschieden und hat zwei Söhne, die sich beide nicht so um sie kümmern, wie sie es sich wünscht: Während sie sich von dem älteren Sohn oft bevormundet fühlt, erlebt sie den jüngeren Sohn als nur an sich selbst interessiert. Obwohl sie den Umzug ins Altersheim als „Kampf“ schildert, den sie widerwillig vollzog, fühlt sie sich dort mittlerweile sehr wohl. Die Pflegekräfte nennt sie ihre „Kinderchen“. Die Beziehungen zu den Pflegenden sind ihr wichtig, und sie scheint im Altersheim beliebt zu sein. Wir interviewen sie zwei Mal im Abstand von gut einem Monat. Zwischen den beiden Gesprächen verbringt sie wegen einer Lungenentzündung zwei Wochen im Krankenhaus. Gut zwei Wochen nach dem letzten Interview verstirbt sie im Spital.

Ihre Krankheit, das ist Martha F. klar, kann in absehbarer Zeit dazu führen, dass sie erstickt. Machte ihr diese Vorstellung früher Angst, so hat ihr das Gespräch mit ihrem langjährigen Hausarzt ihre Sorgen weitgehend genommen. Der Arzt, dem sie „blind vertraut“, besprach mit ihr detailliert, was in der Sterbephase auf sie zukommt:

„Und er hat mir alles schön erklärt, bis zum Letzten. Und seit da bin ich beruhigt. Ich habe auch keine Angst davor. Es hat mir vielleicht / zwei Tage habe ich darüber nachgedacht. Aber jetzt habe ich keine Angst vor dem Sterben. [...] Weil ich wusste, dass er zu mir schaut. Dass er aufpasst, dass mir nichts passiert. (4 Sek. Pause) Ja. (3 Sek. Pause) Man bekommt ja am Schluss Morphium. Und das hat mich einfach beruhigt.“

Obwohl der Begriff nicht fällt, vermuten wir, dass ihr der Arzt die Möglichkeit einer tiefen und kontinuierlichen palliativen Sedierung⁵ erläutert hat, was ihr die Gewissheit verleiht, leid- und schmerzfrei sterben zu können. Sie hat zudem vorgesorgt, damit der besprochene Plan sich erfüllt, und eine Patientenverfügung aufgesetzt, in der sie ihre Wünsche festhält. Die konkrete Vorstellung von der Sterbephase und das große Vertrauen in den Hausarzt bewirken bei Martha F. ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle. Das ist ihr wichtig: Auch ihre tägliche Ration Medikamente kontrolliert sie, um sicherzustellen, dass den Pflegenden nicht versehentlich ein Fehler unterläuft. Im Sterbebett möchte sie vor allem nicht alleine sein, sondern wünscht sich den Arzt an ihrer Seite, eventuell auch eine Pflegekraft aus dem Heim, nicht aber ihre Söhne: „Die müssen das nicht sehen“. Auch für die Zeit nach ihrem Tod hat sie Planungen in Angriff genommen, in ihrer Patientenverfügung „irgendwas ausgefüllt wegen dem Sarg und der Kirche“ und mit einer Pflegekraft besprochen, mit welcher Kleidung sie beerdigt werden möchte. Zwar erwartet sie nicht, dass ihr Tod unmittelbar bevorsteht, begreift ihre umfassende Vorsorge und das Wissen um die Möglichkeit der palliativen Sedierung jedoch als eine Art Versicherung, die das Sterben zu einer kontrollierbaren Angelegenheit macht und ihm damit ein Stück weit den Schrecken nimmt.

⁵ Bei der tiefen und kontinuierlichen palliativen Sedierung werden einem Patienten sedierend wirkende Medikamente verabreicht, um eine tiefe und bis zum Eintritt des Todes währende Ausschaltung des Bewusstseins zu erreichen (vgl. Bozzaro, 2015).

Das Gefühl von Sicherheit weist jedoch Risse auf. Obwohl das Gespräch mit dem Arzt sie beruhigt hat, verunsichert sie gelegentlich der Gedanke an die Sterbestunde:

„Und dann stelle ich mir vor, wie ich hier im Bett liege und mein Morphium bekomme und dann kommt auch der Moment, wo ich denke: Ah! Aber das dauert zwei, drei Minuten, und dann denke ich, nein, es hat Leute dabei, ich bin nicht alleine. Und dann ist das wieder vorbei.“

Wenn sie uns ihr Nachdenken über das Sterben schildert, wird deutlich, wie sehr sie das Thema beschäftigt. Dabei kommen höchst unterschiedliche, mitunter widersprüchliche Überlegungen ans Licht. Als typisch erweist sich das obige Muster: Sie stellt sich ein Szenario vor oder sinnt über das Sterben nach, schiebt es aber rasch wieder beiseite, weil das Leben ohnehin „kein Wunschkonzert“ und es deswegen sinnlos sei, darüber nachz Grübeln. So malt sie sich verschiedene Sterbeszenarien aus, um den Gedanken daran jeweils gleich wieder zu verwerfen, etwa sich bei einem Sturz das Genick zu brechen oder – der für sie „schönste Tod“ – einfach einzuschlafen. Ihr ist bewusst, dass ihrem Wunsch nach Planbarkeit Grenzen gesetzt sind: „Man muss der Sache einfach ihren Lauf lassen.“ Auch mit der Möglichkeit eines assistierten Suizids hat sie sich befasst und gibt an, diesen Weg wahrscheinlich hätte wählen zu wollen, wenn der Arzt sie nicht über die Option einer palliativen Sedierung aufgeklärt hätte.

Es bleibt allerdings unklar, ob sie unter dem „Tod mit Morphium“ – so ihre Worte – tatsächlich eine palliative Sedierung versteht. Im zweiten Interview berichtet sie von einer Episode während ihres zweiwöchigen Krankenhausaufenthalts: Sie litt unter starken Schmerzen und meinte, der behandelnde Arzt (nicht ihr vertrauter Hausarzt) böte ihr den „Tod mit Morphium“ an, den sie in diesem Augenblick wünschte, weil sie sich vorübergehend so schlecht fühlte, dass sie sterben wollte. Der Arzt lehnte ihr Begehren jedoch empört ab, wie sie uns erzählt, vermutlich da er es als Wunsch nach aktiver Sterbehilfe auffasste. Ob Martha F. die Unterschiede zwischen aktiver Sterbehilfe und einer Sedierung geläufig sind, wird nicht deutlich. Ihr Hausarzt habe ihr das Folgende gesagt: „Und dann hat er mir erklärt, wie das geht mit dem Morphium, immer ein bisschen mehr. Und dann kann ich ruhig einschlafen.“

Die tiefe und kontinuierliche palliative Sedierung wird kontrovers diskutiert, unter anderem weil die Grenze zur aktiven Sterbehilfe schwer zu ziehen ist (vgl. Alt-Epping et al., 2015; Rys et al., 2012). Für den Betroffenen ebenso wie für die Personen am Sterbebett stellt sich die Situation in beiden Fällen so dar, dass dem Sterbenden ein Medikament verabreicht wird, er das Bewusstsein verliert und wenig später verstirbt (Alt-Epping et al., 2015; ten Have & Welie, 2014). Die geschilderte Episode im Krankenhaus illustriert beispielhaft, wie in der Wahrnehmung eines Patienten die Unterschiede verschwimmen können. Tatsächlich wollte Martha F., geplagt von starken Schmerzen, in dem Moment nicht mehr leben und stellte sich die Sedierung als Ausweg vor: „Aber ich glaube schon, dass er / wenn es denn schlimmer geworden wäre, und ich hätte gesagt, genug, ich will nicht mehr, dass es zum Tod geführt hätte.“ Sie fragt sich außerdem, ob dieser Weg wirklich zulässig ist, wie es ihr der Hausarzt versichert hat. Nicht nur während der akuten Krise im Spital, auch zuvor und danach wünscht sie sich gelegentlich den Tod. Doch auch das ist ein Gedanke, der jeweils schnell wieder verfliegt:

„Eben, wenn es Tage sind, an denen es mir schlecht geht, oder wenn ich den Moralischen habe wegen irgendwas, was andere Leute auch haben. Dann habe ich schon gedacht: Herrgott noch mal, was muss ich jetzt hier noch rumsitzen? Es wäre doch besser / aber nicht, dass ich da Depressionen hätte oder selbstmordgefährdet wäre oder so. Nein. (2 Sek. Pause) Aber es ist schon so, dass man denkt, es ist sinnlos. Ja. Man kann nichts mehr machen.“

Dass sie diese Gedanken hat, stellt sie wiederholt als etwas Gewöhnliches dar, als Resultat von Stimmungsschwankungen, wie sie jedermann kennt. In ihrem Erleben soll man sich nicht den Tod wünschen, andererseits aber auch keine Angst davor haben: „Es muss jeder sterben, und (2 Sek. Pause) wenn man weiß, dass man nicht leiden muss, und man keine Schmerzen hat, dann ist es doch gar nicht so schlimm.“

Ihre gelegentlichen Sterbege Gedanken bringt sie in einen Zusammenhang mit ihren Lebensbedingungen. Der körperliche Abbau und die damit verbundenen Einschränkungen stellen und stellen sie vor Herausforderungen. Ein Sauerstoffgerät und, mehr noch, einen Rollator zu benötigen, erlebt sie als stigmatisierend. Es passt nicht zu ihrem Selbstbild einer eleganten und unabhängigen Frau. Sie möchte die Dinge allein bewältigen und lehnt Hilfe ab, etwa bei akuter Atemnot oder beim Einstieg in die Trambahn. Obwohl sie inzwischen gerne im Altersheim lebt, fühlte sie sich dorthin von ihren Söhnen gegen ihren ausdrücklichen Willen abgeschoben. Auch hier changiert ausgeprägt, wie sie von ihrer Situation spricht. Offenem Hadern mit ihrem Schicksal folgen häufig Relativierungen, gegenteilige Aussagen oder Lachen, die das Bild einer schwierigen und konflikthafter Auseinandersetzung mit Alter, Krankheit und Tod weichzeichnen. Über die Widrigkeiten des Alterns soll man nicht klagen, hat sie internalisiert.

Sie nennt sich selbst einen „Clown“, der stets überspielt, wie es wirklich um ihn steht, und niemanden wissen lässt, wenn er sich schlecht fühlt. Kommt Schweres zur Sprache, tauscht sie im abschwächenden Nachsatz die Ich-Form oft durch das Indefinitpronomen „man“ aus. Den Klagen über ihre reduzierten Möglichkeiten schließen sich Aussagen an wie: „Man muss den Tag genießen, so viele Tage (2 Sek. Pause) bekommt man mit Achtzig nicht mehr“ oder „mit Achtzig geht man auch nicht in die Stadt, da bleibt man im Stübchen, im warmen!“. Sich allmählich aus der Gesellschaft ausgliedern zu lassen, aber darunter nicht offen leiden oder sich sogar den Tod wünschen zu dürfen, kommt in den Interviews als permanente Spannung zum Ausdruck. Sie scheint sich bisweilen regelrecht genötigt zu fühlen, in ihrer Situation Lebensfreude empfinden zu müssen und einen Sterbewunsch nicht zulassen zu dürfen.

4. Christian O.: „Noch nicht verbraucht“

Der über 90-jährige Christian O. ist bei unserem ersten Gespräch wegen einer akuten Erkrankung hospitalisiert, lebte bis dahin jedoch in einer eigenen Wohnung und wurde dort rund um die Uhr von einer Pflegekraft betreut. Nach dem Spitalaufenthalt zieht er in ein Altersheim um, wo das zweite Interview gut fünf Wochen später stattfindet. Er hat

diverse Altersgebrechen, leidet aber nicht an einer schweren Krankheit. Trotz seines hohen Alters ist für Christian O. noch kein Thema, sich mit dem eigenen Sterben auseinanderzusetzen. Er möchte leben:

„Ich / ich bin noch nicht verbraucht. Das merke ich doch / das merkt man doch dem Menschen an, ob er wirklich schon / der Docht ist schon da, aber es ist gar kein / gar kein Stoff mehr da, den Docht brennen zu lassen. Das Gefühl habe ich nicht von mir. Nein.“

Ausgiebig berichtet er von seinen diversen Aktivitäten und Interessen, von Freundschaften und anderen wichtigen Beziehungen. Er verfolgt aufmerksam das Weltgeschehen, liest viel und pflegt Kontakte zu früheren Weggefährten. Obwohl er in keiner Weise bereit ist zu sterben, sind Sterben und Tod für ihn wichtige Themen. In jüngeren Jahren hat er für eine Sterbehilfeorganisation einigen Menschen beim Suizid geholfen und sich zeitlebens viele Gedanken über das Sterben gemacht. Den Tod nennt er einen „Freund, den man ruft und über den man sich freut, wenn er kommt, wenn man, äh, keinen anderen Weg mehr weiß“. Er hält den assistierten Suizid für eine „gute Lösung“, falls jemand leidet und nicht mehr leben möchte. Dazu passend schildert er den assistierten Suizid, wie er ihn bei seinen Begleitungen erlebt hat, als ein friedliches Geschehen, dem beizuwohnen ihm tiefe Befriedigung verschaffte:

„Das ist ganz etwas / ganz etwas Unschuldiges, ganz etwas (2 Sek. Pause) Natürliches. Ein Mensch leidet, also er hat Schmerzen (3 Sek. Pause), und er möchte nicht mehr weiterleben. (3 Sek. Pause) Und wir reden miteinander (2 Sek. Pause). Der erzählt mir noch etwas von sich. Ich erzähle ihm auch noch etwas von mir. Wir haben eine gewisse Beziehung miteinander. Und dann sagt er: ‚Jetzt bin ich sehr froh, dass ich / Sie zu mir kommen und mir das bringen (*hustet*), dabei bleiben, wenn ich das nehme.‘ Da sage ich: ‚Ja, das machen wir jetzt.‘ [...] Und dann sind sie ganz ruhig, (2 Sek. Pause), nehmen dann das Glas, trinken es und schlafen ein.“

Seine verklärenden Metaphern für den Tod – wie „Freund“ oder auch „Segen“ – und seine idealisierenden Schilderungen der Suizidbeihilfe bilden einen auffälligen Kontrast zu seinen Aussagen über das eigene Lebensende. Wie er das Sterben bei anderen Menschen erlebt hat und wie er sich sein eigenes Sterben vorstellt, scheint für ihn in keinerlei Zusammenhang zu stehen. Nicht nur erlebt er den Tod noch als fern und möchte leben, sondern ein assistierter Suizid kommt für ihn selbst nicht in Frage, obwohl er ihn wiederholt mit positiven Begriffen belegt. Entsprechend anders fällt sein Plan für das eigene Sterben aus:

„Für mich wäre das Einfachste, dass ich mich zu Tode hungere. (2 Sek. Pause) Das ist ganz unschuldig (*lacht*). Da muss ich nur drei Tage nichts mehr trinken und nichts mehr essen. Dann bin ich schon richtig schlapp. Und nach drei weiteren Tagen bin ich dann tot.“

Nach seiner Vorstellung erlaubt ihm das Sterbefasten, anders als der assistierte Suizid, gänzlich auf die Hilfe anderer zu verzichten. Sein Sterben möchte er ganz alleine

bewerkstelligen. Außerdem will er einen unüblichen, originellen Weg beschreiten, den sonst kaum jemand einschlägt, einen „eigenen Weg“, wie er betont. Während er als legitime Gründe, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, mehrfach Leiden und Schmerzen nennt, ist davon keine Rede, wenn er über das eigene Sterben nachdenkt. Stattdessen spricht er von Lebensüberdruß:

„Ja, ich möchte / ich würde, ehm, ich müsste des Lebens wirklich überdrüssig sein. (3 Sek. Pause) Überdrüssig. (6 Sek. Pause) Das würd / das möchte ich eigentlich nicht erleben. Das Leben hat mir zu sehr gefallen, und ich habe zu gerne gelebt, dass ich überdrüssig sein wollte. Das will ich nicht. Da würde ich sagen, nein danke, es war schön. Und ich bin froh, dass ich da sein durfte. Aber jetzt genügt es mir.“

Bloß in einer Hinsicht spielt die Suizidbeihilfe für andere Menschen für sein eigenes Sterben eine Rolle. Im Jahr 2014 hat die Sterbehilfeorganisation Exit einen zusätzlichen Passus in ihre Statuten aufgenommen. Neu heißt es dort: „Exit engagiert sich für den Altersfreitod und setzt sich dafür ein, dass betagte Menschen einen erleichterten Zugang zum Sterbemittel haben sollen.“⁶ Christian O. hält diese Änderung für problematisch, weil der assistierte Suizid zu einer „Mode“ werden könne, wenn er sich zu leicht umsetzen lasse. Außerdem fühlt er sich selbst betroffen:

„Ja, das wäre dann einfach ein Stil, eine Stilfrage. Also, ich habe da natürlich auch an mich gedacht. Also, da müsste ich jetzt eigentlich sagen, also, über 90 zu werden, ist wirklich übertrieben. [...] So, weg jetzt! Das gefällt mir nicht.“

Zwar wäre er bereit, so er des Lebens überdrüssig würde, den Plan des Sterbefastens umzusetzen, sein Wunschtod sieht jedoch anders aus:

„Also ich fände es herrlich, wenn meine Kinder und meine Enkel da wären (2 Sek. Pause), wir noch miteinander ein gutes Lied singen (2 Sek. Pause), und ich, äh, dem Einzelnen noch danken könnte für das, was sie mir und anderen gegeben haben in ihrer Existenz. Das wäre ein ganz friedliches Abschiednehmen.“

Nach diesem Abschied wünscht er sich einzuschlafen. Wie Martha F. hegt er einerseits einen Wunsch, wie er am liebsten stürbe, und andererseits einen Plan, das eigene Sterben zu gestalten. Während sich der Wunschtod der beiden ähnelt, nämlich einzuschlafen, plant Martha F., im Falle körperlichen Leidens die Hilfe ihres Arztes in Anspruch zu nehmen, und Christian O. will sich bei Lebensüberdruß zu Tode hungern. Beide haben vorgesorgt, ihren Plan in die Tat umzusetzen, sollten die entsprechenden Umstände eintreten.

Ebenso gleicht sich, wie sie den Umzug ins Altersheim und den körperlichen Abbau erleben. Zwar fühlt sich Martha F. dort inzwischen wohl, empfand den Ortswechsel jedoch zunächst als Abschiebung, die ihr gegen ihren Willen aufgezwungen wurde. Orthopädische Hilfsmittel zu benötigen, widerstrebt ihr und entspricht nicht ihrem Selbstbild. Christian O. will bei unserem Gespräch so rasch wie möglich wieder aus dem

⁶ <https://www.exit.ch/en/wofuer-kaempft-exit/statuten/> (Stand: 24.04.2016)

Altersheim ausziehen. Ihm sind die Kosten zu hoch, außerdem meint er, noch genügend selbst zu vermögen und auf die Rundum-Betreuung im Heim nicht angewiesen zu sein. Den Rollstuhl, den er benötigt, empfindet er als „unter meinem Niveau“. Er spricht deutlich aus, wie er sich in eine Rolle gedrängt fühlt, die ihn gleichermaßen verunsichert wie er sie als unpassend erlebt. Von ihm wird erwartet, Hilfe anzunehmen und sich pflegen zu lassen, womit er nicht umzugehen weiß:

„Ja, wie / wie / wie sehr man eigentlich aufstehen darf und sagen: ‚Bitte sehr, das kann ich doch selbst!‘ Die wollen immer, dass man sich alles machen lässt. Man soll das Opfer sein, und sie werkeln an einem rum. Und das ist gar nicht nötig! Lasst, lasst ihn doch leben! Lasst ihn so leben, wie er kann! [...] Gewünscht ist, dass Sie ein Opfer sind, ein / ein Objekt der Pflege.“

Er hingegen wünscht sich, wieder gefragt zu sein, und hadert damit, dass dies nicht der Fall ist. Das Altern erlebt er als Sinnverlust, verstärkt durch Einsamkeit nach dem Tod von Freunden und Verwandten sowie durch ein Gefühl von Nutzlosigkeit.

Während Martha F. eher resigniert darauf reagiert, dass ihr Möglichkeitsraum schrumpft, und mitunter Sterbegegedanken hegt, wehrt sich Christian O. vehement gegen die Abschiebung aufs Altenteil. Doch auch bei ihm klingen bei allem demonstrativen Lebensmut mitunter resignative Töne an:

„Man ist ganz allein, und man ist für niemanden mehr nützlich. Und der Mensch (2 Sek. Pause) musste ja ursprünglich immer nützlich sein, sinnvoll leben, das heißt, für andere etwas bedeuten. Und jetzt bedeutet er für andere nix mehr. Und jetzt möchte er auch aufhö- / auch nicht mehr da sein.“

Auch bei Christian O. löst die Erfahrung des Alters und des nahenden Lebensendes bisweilen den Gedanken ans Sterben aus, jedoch hat er bei ihm eine andere Färbung: er redet geradezu beschwörend auf sich selbst ein, nicht am Leben festzuhalten, und spricht von einem Anklammern: „Klammere ich, ich will dich nicht loslassen. Nein, nein, du musst hierbleiben! (2 Sek. Pause) Unsinnig. [...] Unsinn! Unsinn!“

5. Zwischen Lebensmut und Sterbewunsch: Individuelle Umgangsformen mit dem anforderungsreichen Sterben

Sowohl Martha F. als auch Christian O. haben für ihr eigenes Sterben Pläne geschmiedet. Beide haben sich überlegt und detailliert ausgemalt, wie ihre letzte Lebensphase verlaufen könnte. Sie wollen einen „Tod in eigener Regie“ (Gronemeyer, 2007, S. 55) verwirklichen und den Sterbeprozess nach ihren individuellen Vorlieben gestalten: Martha F. verlässt sich auf das Versprechen ihres Arztes, eine palliative Sedierung vorzunehmen, und hat sich außerdem mit einer Patientenversicherung abgesichert; Christian O. plant den Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und begründet das mit dem Wunsch nach Originalität. Das Ideal des selbstgestalteten Sterbens verwirklichen sie damit *par excellence*. Sie machen das Sterben zu einem „letzten Lebensprojekt“ (Schneider, 2014, S. 67), Martha F. plant sogar über ihren Tod hinaus.

Zwar genügen sie damit einer Anforderung, die heute an Menschen am Lebensende gestellt wird, doch zeigt sich zugleich, wie sehr sie damit ringen. Denn eigentlich wünschen sie sich, anders zu sterben, als sie es geplant haben: Beide schiefen am liebsten einfach ein. Das wiederum ist die Weise zu sterben, die Umfragen zufolge die meisten Menschen ersehnen (vgl. Borasio, 2012). In dem Bild vom guten Sterben, das die viel diskutierten Ansätze von Palliative Care und Sterbehilfe zeichnen, spielt das Szenario vom plötzlichen, unerwarteten Tod hingegen keine Rolle. Im öffentlichen Diskurs gerät damit aus dem Blick, dass der überwiegende Teil der Menschen lieber ungeplant sterben möchte.

Wie herausfordernd das Nachdenken über das Sterben sein kann, illustrieren beide Beispiele. Weder für Martha F. noch für Christian O. ist es leicht, sich mit dem eigenen Lebensende auseinanderzusetzen und das Nahen des Todes zu gewärtigen. Martha F. grübelt über verschiedene Szenarien nach, schiebt sie jedoch jeweils rasch wieder beiseite, weil sich das Sterben letztlich ihrer Kontrolle entzieht. Und Christian O. war durch seine Tätigkeit als Sterbehelfer zwar häufig mit dem Tod konfrontiert, bringt diese Erfahrungen jedoch in keinen Zusammenhang mit dem eigenen Sterben. Nur in einem Punkt fühlt er sich von den Aktivitäten der Sterbehilfe-Organisationen betroffen, nämlich wenn er den Gedanken spinnt, der Alterssuizid könne zu einer „Mode“ werden und er müsse ihn dann selbst angesichts seines hohen Alters in Betracht ziehen. Als ebenso konflikthaft stellt sich das Aushandeln eines neuen Rollenverständnisses dar. Schon der Umzug ins Altersheim widerstrebt Martha F.; Christian O., dem dieser bevorsteht, zeigt sich ebenfalls unwillig. Beide haben ein hohes Alter erreicht und durchleben zum Zeitpunkt der Interviews eine Phase zunehmender Gebrechlichkeit. Der Tod kommt näher, und sie wissen darum. Christian O. spürt den begonnenen „Ausgliederungsprozess“ (Schneider, 2014, S. 60) schmerzlich. Viele seiner Freunde sind bereits verstorben, er selbst fühlt sich nicht mehr gefragt, obwohl er gerne noch aktiver am Leben teilhätte. So schwankt er zwischen einem Gefühl von Bedeutungslosigkeit und dem – immer wieder frustrierten – Wunsch nach Aktivitäten und damit verbunden zwischen der Aufforderung an sich selbst, sich nicht ans Leben zu klammern, und deutlichem Widerstand gegen die als entmündigend erlebten Versuche im Altersheim, ihn zu einem „Opfer“ zu machen. Bei Martha F. stellt sich der allmähliche Übertritt in die Sterberolle hingegen als Spannung dar zwischen einem Gefühl von Sinnlosigkeit sowie damit verknüpften Sterbgedanken und der internalisierten Vorstellung, in ihrem Alter mit dem reduzierten Möglichkeitsraum zufrieden sein zu müssen und sich den Tod nicht wünschen zu dürfen.

Beiden gemein ist, dass sie darunter leiden, nicht mehr wie zuvor am Leben teilnehmen zu können und den Tod vor Augen zu haben. Sie lassen sich höchst widerwillig auf die neue Rolle als alter, auf das Sterben zugehender Mensch ein, spielen gedanklich aber auch mit – diametral verschiedenen – Strategien, der sozialen Ausgliederung zu entgehen: Christian O. will leben, Martha F. bisweilen lieber tot sein. Von einer Akzeptanz des Todes, wie sie Kübler-Ross vorschwebte, sind beide weit entfernt. Zum Abschluss möchte ich einen Blick auf drei Diskussionsfelder werfen, die sich aus einer ethischen Perspektive vor dem Hintergrund der skizzierten Herausforderungen des gegenwärtigen Umgangs mit dem Sterben eröffnen. Wenn, erstens, die Möglichkeit, sein Sterben individuell zu gestalten, sich in eine Anforderung an den Einzelnen übersetzt, lässt sich diskutieren, ob die als Aufgabe empfundene Sterbeplanung

überhaupt in irgendeiner Weise eine moralische Pflicht darstellen kann. Ist es geboten, die Umstände des eigenen Ablebens aktiv mitzutragen? Zweitens stellen sich Fragen der moralischen Zulässigkeit im Zusammenhang mit der aktiven Beendigung des eigenen Lebens: Ist ein solcher Schritt erlaubt? Macht es einen Unterschied, ob jemand den Weg des Sterbepflichtens oder einen assistierten Suizid wählt? Spielt für moralische Erwägungen eine Rolle, dass sich eine Sedierung und aktive Sterbehilfe aus der Sicht des Beobachters am Sterbebett praktisch nicht unterscheiden? Zuletzt lässt sich, drittens, im Rahmen einer Ethik des guten Lebens die Debatte führen, ob die Akzeptanz des Todes tatsächlich als Ideal gelten kann.

Literatur

Alt-Epping, B., Nauck, F. & Jaspers, B. (2015). Was ist das Problematische an der Palliativen Sedierung? – eine Übersicht. *Ethik in der Medizin* 27 (3), 219-231.

Borasio, G.D. (2012). *Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen*. München: C.H. Beck.

Bozzaro, C. (2015). Der Leidensbegriff im medizinischen Kontext: Ein Problemaufriss am Beispiel der tiefen palliativen Sedierung am Lebensende. *Ethik in der Medizin* 27, 93-106.

Dreßke, S. (2012). Das Hospiz als Einrichtung des guten Sterbens. Eine soziologische Analyse der Interaktion mit Sterbenden. In: Schäfer, D., Müller-Busch, C. & Frewer, A. (Hrsg.). *Perspektiven zum Sterben. Auf dem Weg zu einer Ars moriendi nova?* (S. 103-119), Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Emanuel, L., Bennett, K., & Richardson, V.E. (2007). The dying role. *Journal of Palliative Medicine* 10, 159-168.

Feldmann, K. (2010). *Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer.

Gehring, P. (2010). *Theorien des Todes zur Einführung*. Hamburg: Junius.

Gehring, P. (2012). Tod durch Entscheiden. In: A.M. Esser, D. Kersting & C.G.W. Schäfer (Hrsg.), *Welchen Tod stirbt der Mensch? Philosophische Kontroversen zur Definition und Bedeutung des Todes* (S. 181-197), Frankfurt / New York: Campus.

Göckenjan, G. & Dreßke, S. (2002). Wandlungen des Sterbens im Krankenhaus und die Konflikte zwischen Krankenrolle und Sterberolle. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 27, 80-96.

Gronemeyer, R. (2007). Von der Lebensplanung zur Sterbepflicht: eine Perspektive der kritischen Sozialforschung. In: Gehring, P., Rölli, M. & Saborowski, M. (Hrsg.),

Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute (S. 51-59), Darmstadt: WBG.

Jox, R.J. (2011). *Sterben lassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Kübler-Ross, E. (2012). *Interviews mit Sterbenden*. Freiburg: Kreuz Verlag.

Macho, T. & Marek K. (2007). Die neue Sichtbarkeit des Todes. In: Dies. (Hrsg.), K., Die neue Sichtbarkeit des Todes (S. 9-21), München: Fink.

Medjedović, I. (2014), Qualitative Sekundäranalyse. Zum Potenzial einer neuen Forschungsstrategie in der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS.

Müller-Busch, C., Schäfer, D. & Frewer, A. (2012), Sterbekultur und Sterbekunst. Können wir im 21. Jahrhundert noch sterben lernen? In: Schäfer, D., Müller-Busch, C. & Frewer, A. (Hrsg.). *Perspektiven zum Sterben. Auf dem Weg zu einer Ars moriendi nova?* (S. 199-202), Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Nassehi, A. (2004). „Worüber man nicht sprechen kann, darüber muß man schweigen.“ Über die Geschwätzigkeit des Todes in unserer Zeit. In: K.P. Liessmann (Hrsg.), *Ruhm, Tod und Unsterblichkeit. Über den Umgang mit der Endlichkeit* (S. 118-145), Wien: Zsolnay Verlag.

Ohnsorge, K., Gudat, H. & Rehmann-Sutter, C. (2014a). Intentions in wishes to die: analysis and a typology – A report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *Psycho-Oncology* 23 (9), 1021-1026.

Ohnsorge, K., Gudat, H. & Rehmann-Sutter, C. (2014b). What a wish to die can mean: reasons, meanings and function of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *BMC Palliative Care* 13 (38), doi: 10.1186/1472-684X-13-38

Rys, S., Deschepper, R., Mortier, F., Deliens, L., Atkinson, D. & Bilsen J. (2012). The moral difference or equivalence between continuous sedation until death and physician-assisted death: word games or war games? *Journal of Bioethical Inquiry* 9 (2), S. 171-183.

Seale, C. (1998). *Constructing death. The Sociology of Dying and Bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press.

Schneider, W. (2014). Sterbewelten: Ethnographische (und dispositivanalytische) Forschung zum Lebensende. In: Schnell, M.W., Schneider, W. & Kolbe H. (Hrsg.), *Sterbewelten. Eine Ethnographie* (S. 51-138), Wiesbaden: Springer DE.

Straub, J. (1999). *Handlung, Interpretation, Kritik. Grundzüge einer textwissenschaftlichen Handlungs- und Kulturpsychologie*. Berlin und New York: Walter de Gruyter.

Streeck, N. (2016). Sterben, wie man gelebt hat. Die Optimierung des Lebensendes. In: N. Jakoby & M. Thönnies (Hrsg.), *Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge* (S. 29-48), Wiesbaden: Springer VS.

Ten Have, H. & Welie, J.V.M. (2014). Palliative sedation versus euthanasia: An ethical assessment. *Journal of Pain and Symptom Management* 47 (1), 123-136.

Walter, T. (1994). *The Revival of Death*. London and New York: Routledge.

Walter, T. (1995). Facing death without tradition. In: Howarth, G. & Jupp, P.C. (Hrsg.), *Contemporary Issues in the Sociology of Death, Dying and Disposal* (S. 193-204), Basingstoke: Macmillan.

Wittkowski, J. (2012). Zur Psychologie des Sterbens – oder: Was die zeitgenössische Psychologie über das Sterben weiß. In: Bormann, F.J. & Borasio, G.D. (Hrsg.), *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens* (S. 50-64), Berlin: DeGruyter.

Autoren

Nina Streeck, Dipl.-Theol., lic. oec. publ., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt „Sterbewünsche bei Menschen in schwerer Krankheit“ am Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte und Assistentin an der Professur für Spiritual Care an der Universität Zürich.

Korrespondenzadresse: Nina Streeck, Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich, Winterthurerstr. 30, CH-8006 Zürich, Tel. +41 44 634 5725, nina.streeck@uzh.ch