

Ars moriendi in „Sterbekliniken“?

Das Thema dieses Beitrags ist bewußt, also nicht bloß zum Schein oder aus rein rhetorischen Gründen, mit einem Fragezeichen versehen. Damit sei zum Ausdruck gebracht, daß es sich um eine echte, theologisch-philosophisch, medizinisch wie gesundheitspolitisch gleichermaßen relevante Fragestellung handelt, die am Ende dieser Überlegungen einer eindeutigen, für manchen vielleicht problematischen Antwort zugeführt werden soll, nämlich ob es eine „ars moriendi“, also eine „Kunst des Sterbens“, von der Sache her und recht verstanden in sogenannten „Sterbekliniken“ geben kann und darf. Dies ist eine kapitale und allgemein angehende Sache, die – „tua res agitur“ – prinzipiell jeden betrifft, aktuell jeden betreffen kann. Wenn auch ein abschließendes Urteil in dieser Sache eingestandenmaßen nicht der Theologie allein zukommt, dies vielmehr interdisziplinär und gesamtgesellschaftlich gesucht und verantwortet werden muß, soll hier im Rahmen praktisch-theologischer Überlegungen versucht werden, in Sachen „Sterbekliniken“ zu einem argumentativ einsehbaren und ausweisbaren Zwischenergebnis zu kommen.

Ars moriendi – damals und heute

Begriff und Vorstellung der „ars moriendi“¹ sind historisch auf mittelalterlichem Hintergrund zu sehen und beinhalten folgendes: Im *Mittelalter* beherrscht, pointiert formuliert, der Tod alle Lebensäußerungen des Menschen. Allein in den Jahren von 1326 bis 1500 zählt man 75 Pestjahre; zu denken ist ferner an Wirtschaftskrisen (beim Übergang zur neuzeitlichen Erwerbswirtschaft), an Herren- und Zunftfehden, Kriegszüge, Reisen, Hungersnöte und dergleichen mehr. Aus diesem Grund beschäftigt sich vor allem das aufstrebende Bürgertum mit der näheren Vorbereitung auf den Tod. Groß ist nämlich die Angst vor einem jähen, unvorbereiteten Tod. So heißt es in dem gegen Ende des 16. Jahrhunderts entstandenen Lied aus dem Evangelischen Kirchengesangbuch (Nr. 341) „Aus meines Herzensgrunde sag ich Dir Lob und Dank“ in Strophe 3: „Du wolltest auch behüten/mich... vor bösem, schnellen Tod.“

Folglich bemühen sich Klerus und (Leut-)Priester, bereits die Gesunden auf ihre letzte Stunde vorzubereiten. Seit dem Ende des 14. Jahrhunderts predigen Dominikaner und Franziskaner über die „Letzten Dinge“. Auch die bedeutendsten

Theologen dieser Zeit – etwa Anselm von Canterbury und Johannes Gerson – schreiben Anleitungen über die „Kunst des (heilsamen) Sterbens“. Ursprünglich als pastorale Handreichungen für junge Priester gedacht, übertrug man die Texte alsbald, da die Zahl der Priester zur pastoralen Versorgung in den Pestjahren häufig nicht ausreichte, aus dem Lateinischen in die Volkssprachen. Dadurch sollten auch die Laien ihrem Nächsten in der letzten Not wirksam beistehen können. So entsteht, hauptsächlich getragen vom Bürgertum, das die materielle und geistige Kultur des späten Mittelalters prägt, eine breite und weitverzweigte Literaturgattung „ars moriendi“, nachweisbar vom 14. bis zum 18. Jahrhundert (eine entsprechende „praxis pietatis“ eingeschlossen), zu der man alle asketischen und pastoral-theologischen Werke des Mittelalters zählt, die sich mit des Menschen Sterben und Tod beschäftigen.

Ein Hauptgrund für ihr Entstehen dürfte sein, daß zu dieser Zeit, in der es noch keine medizinische Wissenschaft gab, die mit der heutigen auch nur annähernd vergleichbar gewesen wäre, „anders“ gestorben wurde als heute. Nicht nur, daß Menschen – siehe Pest – an anderen Krankheiten starben; entscheidender ist, daß – thetisch zugespitzt – früher (bis ins 18. Jahrhundert hinein) in der Regel „öffentlich“ und zu Hause (es gab kein Krankenhauswesen), bewußt(er), klar(er), wach(er) (es gab weniger Medikamente), wahr(er), wahrhaftig(er) (wie sollte der Tod damals verdrängt werden?), alles in allem wohl menschlich(er) gestorben wurde, ohne die Entsetzlichkeit, Erbärmlichkeit, medizinische Hilflosigkeit und Qual mittelalterlichen Sterbens verleugnen zu können und ohne die Segnungen neuzeitlicher Medizin und Pharmazie geringschätzen zu wollen.

Mit dem sich spätestens in der *Moderne* ändernden Todesverständnis verschwindet die „ars moriendi“ als gewissermaßen alltagspraktische „Übung“ wie als Literaturgattung. Das 19. Jahrhundert und erst recht das durchschnittliche Bewußtsein unseres Säkulums kennen sie – bis auf Ausnahmen in Literatur, Theologie und Philosophie – nicht mehr. War, wie Philippe Ariès in seiner „Geschichte des Todes“ (1977) nachweisen will, der Tod über Jahrhunderte, ja Jahrtausende hinweg „stets etwas Soziales und Öffentliches“, so hat sich im 20. Jahrhundert die Einstellung vor allem der westlichen Welt radikal gewandelt: „die Gesellschaft hat den Tod ausgebürgert“ (Ariès). Heute stirbt man nicht mehr zu Hause und „öffentlich“, sondern „aushäusig“ und verborgen. Gestorben wird in hochapparativen, multifunktionalen, technokratischen Gesundheitsleistungszentren, in die der Tod nicht passen will, und in die natürlich erst recht keine „ars moriendi“ paßt. Selten wird bewußt, klar, wach gestorben; selten wahrhaftig, eher abgedrängt und beschönigt bis zum Verdämmern; selten menschlich, eher unmenschlich: in einer Abstellkammer, einem Badezimmer oder einem spartanischen Sterbezimmer versteckt, durch weiße oder schmutziggelbe Paravents abgeschirmt.

Gleichgültig nun, ob so der Tod verdrängt werden soll (Ariès) oder nicht (A. Hahn, W. Fuchs), unsere Einstellung zum Tod tendiert wohl doch immer mehr

dahin, sich auf ihn eben „nicht einzustellen“². Relativ eindeutig sind diesbezüglich die Fakten: Starben 1968 in der Bundesrepublik „nur“ 44 Prozent aller Menschen im Krankenhaus, so 1978 bereits fast 60 Prozent³, wobei die Quote weiter im Ansteigen begriffen ist.

Der faktisch zweifelsohne gegebenen Verlagerung des Sterbevorgangs „heraus aus der Familie – hinein ins Krankenhaus“ stehen freilich diametral die Wünsche der Betroffenen gegenüber: Der Wunsch, zu Hause sterben zu dürfen, ist – wie vor allem nordamerikanische und deutsche Studien⁴ exemplarisch zeigen können – sehr groß.

Als diesen Punkt abschließende *erste These* sei festgehalten: Da eine bloße Repristinierung jener mittelalterlichen „ars moriendi“ aus den verschiedensten Gründen weder einfach möglich noch sinnvoll ist, obgleich Glaube, Kirche, Theologie und Philosophie zu einer Meditatio mortis media in vita aufgerufen sind, erscheint die Einrichtung sogenannter „Sterbekliniken“ als quasisäkulare, aber auch christlich legitimierbare und gebotene Modifizierung bzw. Neurealisierung jener mittelalterlichen „ars moriendi“ inmitten einer biologistischen, todesfeindlichen Gesellschaft. Es handelt sich hierbei gewissermaßen um Frei-Räume, Inseln, die uns bedrängend und heilsam in Erinnerung rufen und vor Augen malen, was uns allen blüht: der Tod – und wie mit ihm umzugehen sei. „Ars moriendi“ werde dementsprechend *heute* verstanden – in Weiterführung der mittelalterlichen Idee – als Fähigkeit, Kompetenz, Kunst, Menschen in ihrer letzten Not wirksam und umfassend, physisch, psychisch, geistlich beizustehen.

Sterben in herkömmlichen klinischen Einrichtungen

Die *zweite These* lautet: Das (durchschnittliche) Krankenhaus, zwar wichtigster und häufigster Ort des Sterbens geworden, ist denkbar schlecht für diese Aufgabe geeignet und gerüstet, und zwar aus mehreren Gründen:

Der *Kliniker* entwickelt im allgemeinen, obwohl er oft langjährig Umgang mit Sterbenden hat, kaum Verhaltensweisen, die sich in der definitiven Sterbephase von Menschen als hilfreich und nützlich erweisen. Im Gegenteil: Neuere Untersuchungen zeigen, daß die Furcht der Ärzte vor dem Tod offenbar sogar noch größer ist als bei kranken oder gesunden Vergleichspersonen⁵. Demnach gelingt es ihnen oft nur unzureichend oder gar nicht, die eigene emotionale Betroffenheit angemessen, also jenseits von Schnoddrigkei, Ironie, sogenannter Sachlichkeit etc., zu verarbeiten und umzusetzen.

Auch dem *Pflegepersonal* bereitet der Umgang mit Sterben und Tod nachweislich ähnlich massive Probleme („Vermeidungsverhalten“).

Dies hat seinen Grund darin, daß die heutige technokratisch und apparativ orientierte *Medizin* Erfolg bzw. Mißerfolg ihres Bemühens tendenziell mehr an der

Quantität der Lebensstage als an deren Qualität bemißt, also häufig genug mehr am bloß biologischen Überleben⁶ interessiert ist, eine Folge des genuinen und „klassischen“ Selbstverständnisses der Medizin, das – ihrem ersten großen Repräsentanten Christoph W. Hufeland (1762–1836) zufolge – besagt, immer sei Leben zu verbreiten und deshalb der Tod zu bekämpfen. Zwei unmittelbare Folgen sind:

1. Das Krankenhaus wird, wie E. Weingarten⁷ schreibt, zu einer Art „Arena, in der alle Beteiligten um die Gesundung des Patienten kämpfen und damit, im extremen Fall, gegen den Tod“. Folglich wirkt die „terminale Diagnose“ im modernen Krankenhauswesen „nicht selten wie ein Fehlschlag medizinischer Wissenschaft und Heilkunst“⁸. Sterben erscheint dadurch als „störender Vorgang“, der Tod gerät zum „Unglücksfall“⁹. Tritt er dennoch ein, muß er in gewisser Weise „verheimlicht“ werden, was hieße, daß die „Verdrängung“ des Todes bzw. die Nicht-Einstellung zu ihm bzw. auf ihn selbst in der Institution Krankenhaus – nicht also nur in der Öffentlichkeit – statt hätte. Peter Nolls Bemerkung: „Der Lebenszwang in seiner ganzen Strenge – erst bei den Medizinern begegnet er dir leibhaftig und systematisch“¹⁰, mag diesen „Tatbestand“ nachdrücklich unterstreichen.

2. Die mit immer mehr Technik einhergehenden therapeutischen Fortschritte führen zu einer intensiven Hinwendung auf Teilsysteme des erkrankten Menschen („das Herz“, „die Lunge“ etc.), soweit sie ärztlichem Zugriff offen sind, was eine Abwendung vom kranken Menschen als Ganzheit und Einheit bedeutet. Nicht der Kranke als Mensch wird therapiert, sondern Teilsysteme seines Organismus.

Hinzuzufügen ist: Diese problematische Realität von Sterben und Tod im herkömmlichen Krankenhaus wird seit geraumer Zeit – mehr oder weniger deutlich – auch von medizinischer und gesundheitspolitischer Warte aus gesehen und, wenngleich recht zögernd, teilweise kritisch diskutiert.

Weiterführende Lösungs- bzw. Veränderungsvorschläge gehen bislang vor allem in zwei Richtungen: Am intensivsten werden gemeinsam mit Theologen, Philosophen, Juristen Probleme der Euthanasie bzw. der Sterbehilfe bedacht, worunter vor allem Fragen des (aktiven und/oder passiven) Beendens des Sterbeprozesses begriffen werden¹¹. Durch Veränderungen bzw. Verbesserungen der gesamten Krankenhausstruktur bzw. der klinischen Kommunikationsstrukturen soll das dortige Sterben menschlicher gemacht werden¹².

Die Einrichtung von „Hospizen“

Eine dritte Möglichkeit kritischer Revision klinischen Sterbens wird in der Bundesrepublik, wie die Literatur zeigt, nur am Rand diskutiert, nämlich die Einrichtung von „Sterbekliniken“ – so der deutsche, schon verräterische Sprachjargon. Darunter versteht man „spezielle klinische Einrichtungen zur Betreuung

todkranker Menschen während der letzten Lebensspanne... (ohne daß dies jedoch immer klar definiert würde)¹³. In der Regel nimmt man hierbei auf englische Vorbilder, besonders das berühmte St. Christopher's in London, Bezug. Dabei ist der Hinweis wichtig, daß es in den Ursprungsländern dieser Idee, England, USA, Kanada und Neuseeland, Bezeichnung und Vorstellung einer „Sterbeklinik“ so nicht gibt. Vielmehr spricht man dort von „Hospices“, Hospizen also – eine Bezeichnung, die im folgenden beibehalten werden soll.

Die englische Ärztin (Sozialarbeiterin und Krankenschwester) D. C. Saunders, die 1967 jenes St. Christopher's begründete, versteht das „Hospiz“ „im Sinne der von religiösen Orden geführten mittelalterlichen Herbergen, die Orte der Gastfreundschaft waren, wo Pilger auf ihrer Reise ins Heilige Land Ruhe und Erholung fanden“. Symbolisch sei, so Saunders, auch der Sterbende auf einer „Reise“¹⁴. Auf ihr braucht er Begleitung, die medizinische, pflegerische und spirituelle Fürsorge umfaßt. Insgesamt sind die *Stärken* des Hospizes, dessen wesentliche Eigenarten sich wohl weitgehend der medizinisch-naturwissenschaftlich exakten Definition entziehen, unübersehbar¹⁵:

1. Die *Beherrschung des Schmerzes* wie überhaupt die ganze körperliche Versorgung dürften in keiner anderen Klinik besser gelingen.

2. Hospiz-Patienten erdulden ein geringeres Maß an *emotionalem Leiden*, also weniger Isolation, Zorn, Angst, Depression. Ihre psychisch-emotive Zufriedenheit ist höher als in herkömmlichen Kliniken.

3. Der (sterbende) Patient ist nicht länger Objekt klinischer Behandlung, sondern steht als (leidendes) Subjekt mit seinen vielfältigen Bedürfnissen im Mittelpunkt betreuender Begleitung.

4. Die *Angehörigen* erfahren wirksame Unterstützung wie zum Beispiel: völlig freie Besuchszeiten, Bereitstellung von Besucherwohnungen, aktive Unterstützung bei der Verarbeitung des Verlusterlebnisses, nachgehende Hilfen (bis zu einem Jahr). Der Beitrag, den das Hospiz so zur psychosozialen Gesundheit der Angehörigen leistet, kann nicht hoch genug veranschlagt werden.

5. Der Einbezug *freiwilliger Helfer* sowie deren Konfrontation mit dem Sterben als Teil ihres Lebens – und zwar (lange) vor ihrem eigenen Tod – trägt dazu bei, die Sterbenden und das Sterben aus der gesellschaftlich üblich gewordenen Isolation (ansatzweise) herauszuholen, damit aber auch der Arbeit des Hospizes „Öffentlichkeit“ zu verleihen. Darin dient das Hospiz den Lebenden wie den Sterbenden: Der Tod wird wieder in das Leben „zurückgeholt“ und so „öffentlich“.

Langfristig gesehen dient damit die Einrichtung von Hospizen insgesamt gerade nicht der weiteren Verdrängung des Todes aus der Gesellschaft, vielmehr seiner Reintegration in Sein und Bewußtsein.

In der Bundesrepublik hat der Gedanke der Hospizbewegung bislang ebenso wenig Fuß fassen können wie in einer Reihe anderer europäischer Staaten. Vor allem die Ärzteschaft zeigt hier starke Zurückhaltung und Abneigung, über deren

Gründe man die verschiedensten Vermutungen anstellen kann. Folglich muß es nicht wunder nehmen, wenn dieses Modell klinischen Sterbens insgesamt – also nicht nur in der übrigens recht spärlichen deutschsprachigen Literatur zur Sache – weithin auf dezidierte, mehr oder minder detailliert begründete *Ablehnung* stößt. Plädoyers zugunsten der Einrichtung von Hospizen scheinen demgegenüber in der Bundesrepublik eher die Ausnahme zu sein.

Die Argumente „contra Sterbeklinik“ lassen sich so zusammenfassen:

1. Durch „Sterbekliniken“ werde der Tod noch mehr als schon gegeben aus dem Alltag und dem Bewußtsein der Öffentlichkeit ausgegrenzt, was seiner Gettoisierung gleichkäme. Dies verstärke unsere Ohnmacht im Umgang mit Sterbenden.
2. Die Einlieferung in eine „Sterbeklinik“ könne für den Todkranken eine weitere schwere psychische Belastung darstellen.
3. Die psychische Belastung der Mitarbeiter in solchen Kliniken sei immens (Förderung von inhumanem Verhalten, Gettoisierung auch der Mitarbeiter).
4. In solchen Kliniken könne es zu minder qualifizierter medizinischer Versorgung kommen, entweder im mangelhaften oder im zu „progressiven“ Sinne (als Sterbebeschleunigung).
5. Die Kosten solcher Einrichtungen seien (zu) groß.

Kritisch neuformulierte „ars moriendi“

Ohne das Gewicht dieser Gegenargumente verkennen zu wollen, erscheinen die genannten positiven Momente des Hospizgedankens stärker: Gegen „Lebenszwang“ (P. Noll), Machbarkeitswahn und Todesverdrängung wird hier versucht, ein Menschenbild und eine Menschenachtung zurückzugewinnen, welche dem Sterbenden sein Menschsein und seinen Tod lassen. Es wird damit Ernst gemacht, daß dem Menschen eine begrenzte Lebenszeit zugemessen ist, derzufolge er sterben muß, mithin auch sterben darf: „Dies ist ein Recht, das nicht gefordert werden müßte, wenn der Tod als Grenze des irdischen Lebens notwendig zum Leben gehört.“ Daher kann die „Bekämpfung des Todes an sich... keine Aufgabe der Medizin sein“¹⁶. Jedem seinen eigenen Tod zu lassen – das ist in der christlichen Theologie die Konsequenz aus einem Gottesbild, das Gott nicht als den allmächtigen, alleskönnenden und unendlichen „Macher“ und „Handler“ vorstellt, sondern als den Gekreuzigten, der aus seiner Schwäche Kraft und „ewiges Leben“ gewinnt.

Dies bedeutet erstens eine gnädige Begrenzung des absoluten klinisch-ärztlichen „Be-Handlungs-Prinzips“ (um jeden Preis) und insofern zweitens eine adäquate Reformulierung bzw. Reinstitutionalisierung der „ars moriendi“ unter heutigen Bedingungen, wobei Fragen der körperlichen Versorgung und Schmerzbekämpfung – schöpfungstheologisch, christologisch und soteriologisch – ebenso wichtig sind wie die emotional begleitende und stützende Zuwendung seitens von Seelsor-

gern und Beratern. Diese „ars moriendi“ geht Behandelnde ebenso an wie Betroffene, Lebende wie Sterbende.

Der *herkömmliche Klinikbetrieb* verlangt aber nun, darüber besteht einhelliger Konsens, nach kompetentem ärztlichen Handeln – gewissermaßen *das* Prinzip der „Krankenhaus-Philosophie“ –, das heißt nach gezielten, rasch zupackenden Handlungsweisen¹⁷. Dieses „Prinzip (Be-)Handeln“ ist normalerweise, zumal als lebensrettende Maßnahme, das A und O klinischen und ärztlichen Selbstverständnisses. Problematisch muß es allerdings dort werden, wo es sich verselbständigt (Eigengesetzlichkeit), also selbst da noch eingesetzt und praktiziert wird, wo es kaum mehr Aussicht auf „Erfolg“ hat.

Im ausdrücklichen Gegensatz dazu (an-)erkennt und realisiert das *Hospiz*, daß das „Be-Handlungs“-Prinzip bei irreversibel Sterbenden absolut fehl am Platz ist und seine Mitarbeiter andere Fähigkeiten und Tugenden brauchen, wie zulassen, loslassen, (ab-)warten zu können, den medizinisch-technischen Apparat auf ein „vernünftiges“ Maß zurückzufahren, aktive Therapie zurück- oder einzustellen, weniger funktional zu leisten als personal dazusein und beizustehen, alles in allem: sich mehr und mehr vom Patienten führen zu lassen denn ihn als „Objekt“ zu führen bzw. zu „be-handeln“, um ihn bzw. sein Selbstwertgefühl, das ihm als Objekt der Behandlung rapide genommen wird, so zu stärken. Dies alles fragt uns, die wir so gerne „alles im Griff haben“ und „machen“ wollen, nach unserer Bereitschaft und Fähigkeit, den Sterbenden als „Lehrmeister“¹⁸ anzuerkennen, unser Tun und Wollen also dessen Bedürfnissen zu unterstellen.

Besteht die *Crux* des herkömmlichen Klinikbetriebs nun aber genau darin, daß es nicht gelingen will und kann, für den einen Patienten (in dessen Sinn) intensiv und energisch alles nur Mögliche „aktiv-handelnd“ zu tun, bei dem nächsten aber bereit zu sein, alles zu lassen, nur noch mit (dem sicherlich gleichen) Engagement „passiv-beistehend“ zu sein, „also loslassend sich nur noch für ihn und seine Wünsche abwartend bereitzuhalten“¹⁹; sind beide Verhaltensweisen, wie man mit Recht annehmen kann, nur schwerlich gleichzeitig oder im engen zeitlichen Zusammenhang gut und glaubhaft durchzuhalten, so besinnt und bekennt sich das Hospiz angesichts dieses Verhaltensdilemmas (wie es im herkömmlichen Klinikbetrieb zutage tritt) nachdrücklich zu loslassenden, stützenden, aber nicht mehr „behandelnden“ medizinischen Maßnahmen, in dem Sinn zu einer kritisch neuformulierten „ars moriendi“. Diese gibt Menschen, Lebenden, ihr Sterben zurück und läßt den Tod wieder zu einem Teil des Lebens werden. Die „ars moriendi“, wie sie in der Hospizbewegung gepflegt wird, macht so Ernst damit, daß über Leben und Sterben letztlich nur von Gott verfügt wird, verfügt ist.

Solange keine grundsätzliche Neuordnung unserer normalen medizinisch-naturwissenschaftlich und effektiv-produktiv ausgerichteten Krankenhausstruktur statthatt oder zu erwarten ist, solange keine grundlegende Neuordnung des herkömmlichen akademischen Medizinstudiums, der universitär-klassischen Aus-

bildungskompetenz und des Arztverständnisses insgesamt in Aussicht steht, und solange sich beim Individuum wie gesamtgesellschaftlich aufgrund des vorherrschenden Konsum- und Leistungsdenkens, der „Habens-“ statt der „Seins“-Orientierung (E. Fromm) kein Einstellungswandel zum sterbenden Leben abzeichnet und vollzieht, so lange haben „Hospize“ zumindest übergangsweise eine zweifache Berechtigung: Sie ermöglichen erstens dem einzelnen ein humanes Sterben in einer Gesellschaft, die kein Verhältnis zum Tod hat. Sie erinnern – zweitens – massiv und energisch und machen der Öffentlichkeit die Härte und Problematik des aushäusigen und versteckten Sterbens in einer „bio-fetischistischen“ Gesellschaft kund. Sie fordern damit in ihrer tatsächlichen oder vermeintlichen Anstößigkeit die Rück-Holung von Tod und Sterben aus der zugegebenermaßen künstlichen Welt von „Hospizen“ wieder hinein in die Alltagswelt.

Mit dem Hinweis auf übergangsweise Berechtigung von „Hospizen“ soll ausdrücklich ihrer dauerhaften Institutionalisierung gewehrt werden. Diese könnte nur dann akzeptiert werden, wenn sich herausstellen sollte, daß die oben dargelegte dreifache Neuorientierung, aus welchen Gründen auch immer, nicht Platz greift. Dann, aber nur dann, schiene die Permanenz solcher Einrichtungen immer noch menschlicher als der mit dem Status quo gegebene schlechte Zustand.

ANMERKUNGEN

¹ Vgl. R. Rudolf, Art. *Ars moriendi* I, in: TRE, Bd. 4 (Berlin 1979) 143 ff.

² Mit E. Jüngel, *Tod* (Stuttgart 1971) 49.

³ Vgl. Ch. Schmeling, Ch. Jähring, U. Koch, *Sterben im Krankenhaus*, in: *Medizin Mensch Gesellschaft* 7 (1982) 140 ff.

⁴ Vgl. Chr. Barnard, *Glückliches Leben, würdiger Tod* (München 1983); A. Bowling, *The Hospitalisation of Death*, in: *J. Med. Ethics* 9 (1983) H. 3, 158 ff.; G. Huppmann, A. Werner, *Sterben in der Institution: Psychologische Aspekte*, in: *Medizin Mensch Gesellschaft* 7 (1982) 155 ff.

⁵ Vgl. die Literatur ebd. ⁶ So U. Eibach, *Tutzinger Blätter*, 3/85, 17.

⁷ E. Weingarten, *Bemerkungen zur sozialen Organisation des Sterbens im Krankenhaus*, in: *Tod und Sterben*, hrsg. v. R. Winau u. H. P. Rosemeier (Berlin 1984) 349 ff., 351.

⁸ Vgl. I. Woll-Schumacher, *Sterben in Würde – ein Erlebnis sozialer Geborgenheit*, in: *Universitas* 39 (1984) 915 ff.

⁹ H.-J. Schmoll, *Sterben als sozialer Prozeß*, in: *Sterbebeistand bei Kindern und Erwachsenen*, hrsg. v. H.-J. Schmoll u. G. Wolf (Stuttgart 1979) 40 ff., 45.

¹⁰ P. Noll, *Diktate über Sterben und Tod* (Zürich 1984) 160.

¹¹ Vgl. *Leben müssen – sterben dürfen*, hrsg. v. W. Höfer (Bergisch Gladbach 1977); *Ärztliche Entscheidungskonflikte*, hrsg. v. J. v. Troschke u. H. Schmidt (Stuttgart 1983).

¹² Vgl. *Beiträge zur Begleitung Sterbender im Krankenhaus*, hrsg. v. E. A. Herzig (Basel 1978); U. Koch, Chr. Schmeling, *Betreuung Schwer- und Todkranker: Ausbildungskurs für Ärzte und Pflegepersonal* (München 1982).

¹³ So J.-Chr. Student, *Hospiz versus „Sterbeklinik“*, in: *Wege zum Menschen* 37 (1985) 5, 260 ff., 261.

¹⁴ Zit. nach Chr. Barnard, a.a.O. 44. ¹⁵ Vgl. zum folgenden auch J.-Chr. Student, a.a.O. 264 ff.

¹⁶ U. Eibach, „Herr, gib jedem seinen eigenen Tod“. Ethische Probleme des Sterbens und der Sterbehilfe, in: *Luth. Monatshefte* 25 (1986) 122 ff., 122. ¹⁷ Vgl. J.-Chr. Student, a.a.O., v. a. 267.

¹⁸ Vgl. dazu B. M. Mount, *Ein Brief an Elisabeth*, in: *Reif werden zum Tode*, hrsg. v. Kübler-Ross (Stuttgart 1983) 183 ff. ¹⁹ J.-Chr. Student, a.a.O. 267.