

Identität und Körper am Lebensende: die Versorgung Sterbender im Krankenhaus und im Hospiz

Dreßke, Stefan

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Dreßke, S. (2008). Identität und Körper am Lebensende: die Versorgung Sterbender im Krankenhaus und im Hospiz. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 32(2/3), 109-129. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-325748>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Stefan Dreßke

Identität und Körper am Lebensende Die Versorgung Sterbender im Krankenhaus und im Hospiz

Die Normen des guten Sterbens verlangen, dass Ansprüche an Identität aufzunehmen und zu aktualisieren sind. Im Krankenhaus und im Hospiz wird Sterben als körperlicher Verfall medizinisch organisiert. Die Wahrnehmung von Sterbenden als Kranke bedeutet für das Krankenhaus, dass Identitätsansprüche als sterbend nur als rhetorische Praxis zugewiesen werden. Im Hospiz erfolgt dagegen die Zuweisung als sterbend durch eine sukzessive Rückkopplung des körperlichen Verfalls mit den Identitätsansprüchen der Patienten.

Schlüsselbegriffe: Hospiz, Krankenhaus, Medizinsoziologie, Sterben, Pflege, Körper, Identität, Krankenrolle, Sterberolle

Das Feld der Sterbeerwartungen

Tod und Sterben sind gleichermaßen unerwünscht und unweigerlich, damit bildet Sterben als soziale Figuration ein heterogenes und widersprüchliches Feld sozialer Steuerungen und Deutungen (vgl. Feldmann, 1990; Glaser & Strauss, 1968; Seale, 1998). Unerwünschtheit des Sterbens korrespondiert mit dem Streben, den Tod zu vermeiden, zumindest ihn hinauszuzögern und entspricht der höchsten Wertschätzung, die dem Leben zugewiesen wird. Sterbeverhinderung ist das dominierende Ziel der Medizin, aber auch jeglicher anderer Vorkehrungen und Risikokontrollen im Kampf gegen den Tod und der Rettung von Leben. Jeder Tod bringt jedoch auch die Aussichtslosigkeit dieses Kampfes zum Ausdruck und muss moderiert werden. Der Zeitpunkt des Todes kann hinausgezögert oder beschleunigt werden. Der Sterbeverlauf kann friedlich, qualvoll oder gewaltsam sein. Mit den Steuerungsnotwendigkeiten sind dann auch Deutungen verbunden, etwa der Tod als Befreiung, als Strafe oder als Unrecht. Das Schicksalhafte des Sterbens fordert zum Schließen von

Lücken in sozialen Netzwerken heraus. Trauerrituale versichern den Hinterbliebenen die gegenseitige Solidarität. In Übergangsphasen vor und nach dem Tod wird das zerrissene soziale Netz wieder zusammen geknüpft. Rollen, die Verstorbene oder Sterbende innehatten, werden ausgehandelt und wieder vergeben.

Dabei ist das Spannungsverhältnis von Sterbevermeidung und Sterbevorkerung, von Unerwünschtheit und Unweigerlichkeit historisch variabel (vgl. Ariès, 1976): Bis zum 19. Jahrhundert herrschen Sterbedeutungen der Unausweichlichkeit und Schicksalhaftigkeit vor. Auf den Tod, der zu jeder Zeit und in allen Lebensaltern eintreten konnte, wird sich vorbereitet. Handlungsmotive sind Gefasstheit, Spenden von Trost, Jenseitsorientierung und das Schließen bedeutender Lücken. Ab dem 20. Jahrhundert wird der Tod als unerwünscht aufgefasst, seine Schicksalhaftigkeit kann kontrolliert werden und das Sterbeszenario verschiebt sich zunehmend auf das hohe Alter, in dem der Tod erwartet werden kann. Sterben ist für das jüngere Alter immer weniger Teil sozialer Erfahrungen, und es besteht kaum die Notwendigkeit für soziale Deutungen des eigenen Sterbens. Auch die medialen Inszenierungen sehen den Tod im jüngeren Alter als vermeidbar und wenn er dann doch eintritt, als ein Skandal oder Unfall, zumindest als ein zu frühes Ableben. Ein zentraler Unterschied der historischen Veränderung der Sterbebewältigung ist etwa der Tod von Kindern, der heute mit hohen emotionalen Belastungen verbunden ist. Das moderne Sterben in den höheren Lebensaltern ist zwar eine erwartbare Norm geworden, dennoch (oder vielleicht gerade deshalb) sind die sterbenahen, älteren Jahrgänge nicht auf das Sterben hin sozialisiert, etwa durch eine *ars moriendi*, wie noch im 19. Jahrhundert. So liegt es nahe, dass auch sie das Sterben ausblenden – selbst, wenn es durch den körperlichen Verfall allzu sichtbar wird.

Medizin besitzt inzwischen einen nahezu absoluten Hoheitsanspruch auf das Sterben, das als körperlicher Verfall mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu bekämpfen ist. Unweigerlichkeit und Schicksalhaftigkeit ordnen sich nicht nur der Unerwünschtheit unter, sondern erfahren auch eine scharfe Trennung im Hinblick auf die jeweiligen Praktiken: Die Bekämpfung des Todes und die Ausgliederung von Sterbenden aus

der Gemeinschaft sind kaum vermittelt. Mit der Gründung des Hospizes durch Cecily Saunders (vgl. Saunders & Baines 1983) in Großbritannien und der *death-awareness*-Bewegung in den Vereinigten Staaten angeregt durch Elisabeth Kübler-Ross (1982) ist Tod und Sterben in den letzten 30 Jahren zunehmend in das öffentliche Bewusstsein gerückt. Insbesondere das Hospiz scheint als institutionelle Lösung dem modernen Sterbeverständnis entgegen zu stehen. Sterben bzw. die Organisation von Sterbeverläufen sind dort alleinige Zwecke und der Tod als unweigerlich zu akzeptieren. In dem Spannungsfeld von Krankenhaus und Hospiz, von Bekämpfen und Akzeptanz des Todes ist nach veränderten Deutungen und institutionalisierten Praktiken des Sterbens zu fragen.

Im Krankenhaus werden Sterbevorkehrungen erst dann getroffen, ›wenn nichts mehr getan werden kann‹. In dieser für Personal und Patienten ausweglosen Situation wird in einer somatischen Kultur auch zu somatischen Praktiken gegriffen: Die Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmitteln und häufig auch, wider besseren Wissens, kurative Maßnahmen – gewissermaßen als letzte Hoffnung und zur Beruhigung, wirklich alles getan zu haben. Dies ist ein Befund der 1960er Jahre, aber weithin in deutschen Krankenhäusern der Normalversorgung auch in den letzten Jahren beobachtbar (vgl. Göckenjan & Dreßke, 2002).

Im Krankenhaus befinden sich die Patienten in der Rolle von Kranken, und weitere Rollenzuschreibungen werden in idealtypischer Weise ausgeblendet (vgl. Parsons, 1965). Das Moratorium von den Alltagspflichten geht mit der Verpflichtung zur Mitarbeit an der gesundheitlichen Wiederherstellung einher. Kollektivitätsorientiertes Ziel der Behandlung ist die Reintegration in eben jene Rollenverpflichtungen, von denen er befreit wurde. Demnach sind unmittelbar keine weiteren Identitätszuweisungen in den medizinischen Interaktionen vorgesehen. Allerdings muss sich mit dem Ziel der Reintegration die Behandlung auch an jenen Rollenverpflichtungen orientieren, die der Patient üblicherweise innehat. Damit wiederum werden Identitätszuweisungen perspektivisch aktualisiert bzw. implizit immer mitbedacht, solange mit der Aussicht auf Heilung gearbeitet wird. Setzt jedoch der Sterbeprozess ein, besteht keine Notwendigkeit, eine nicht auf die Institution Krankenhaus bezogene

Identität zu aktualisieren. Ältere Sterbestudien lassen sogar den Schluss zu, dass Identität aktiv abgewiesen wird und Patienten, wenn sie nicht mehr ansprechbar sind, als Nichtpersonen behandelt werden (vgl. Sudnow, 1973). Mit der Etikettierung als ›sterbend‹ beginnt der Prozess der sozialen Ausgliederung. Da Rollenalternativen fehlen, wird der Patient weiterhin in der Krankenrolle gesehen, was dann zu den angesprochenen Widersprüchlichkeiten führt: die kurative Behandlung wird weitergeführt, gleichzeitig werden höhere Schmerzmittelgaben verabreicht und das Sterben in Form von strategischen Interaktionen der rituellen Täuschungen kommunikativ ausgeblendet (vgl. Glaser & Strauss, 1974).

Dabei hat sich die Sterbendenversorgung durch die zunehmende Verbreitung der Palliativmedizin sehr wohl verbessert. Streckeisen (2001) stellt fest, dass dieselben Behandlungspraktiken sowohl mit Heilungsabsichten als auch zur Sterbebegleitung angewendet werden. Mit dem Etikett des ›Palliativen‹ werden so Behandlungsalternativen zwischen Besserung und Sterben offengehalten. Damit verbessert sich zumindest die Versorgungslage Sterbender, etwa durch eine angemessenere Schmerzbehandlung. Allerdings ist auch zu beobachten, dass mit der spezialistischen Palliativversorgung ein eigenständiges und von der Normalversorgung abgekoppeltes medizinisches Milieu zu entstehen scheint. Die deutlich abgegrenzten Schnittstellen sind nicht systematisch verknüpft und Verlegungen auf Palliativstationen und in Hospize werden häufig nicht entsprechend medizinischer Kalküle initiiert, sondern zufällig und von einzelnen engagierten Ärzten (vgl. Heise & Probst, 2005; Probst, 2005). Eine Ausnahme bilden wenige onkologische Stationen, deren chef- oder oberärztliche Leitung die jeweils angeschlossene (soweit vorhandene) Palliativstation umfasst. Verlegungspraktiken und Aufmerksamkeiten variieren jedoch und unterliegen auch hier dem Engagement der leitenden Ärzte. Noch schärfer wird die organisatorische Trennung der Normalversorgung zu Hospizen, deren Patientennutzung nahezu gänzlich aus dem medizinisch-kurativen Kalkül ausgeblendet ist und dem Wissensstand und Engagement der Sozialarbeiter im Krankenhaus überlassen ist. Systematisch sind Hospizverlegungen bzw. die Nutzung ambulanter Hospize bisher nur als Karrierepfad aus den Palliativstationen vorgese-

hen. Ein Grund dafür kann darin gesehen werden, dass das Hospiz als Ort des Sterbens gänzlich anderen Rationalitäten verpflichtet ist. Es wird an Sterbeverläufen in einem offenen Bewusstseinskontext gearbeitet, der sich in Vorbereitung auf das Sterben, Gefasstheit, Abschiednehmen sowie trostspendenden Ritualen und Symbolisierungen des Sterbens äußert (vgl. Dreßke, 2005). Die Akzeptanz des Sterbens steht jedoch in Kontrast zu der gesellschaftlich akzeptierten Wertschätzung von Leben, Aktivität und Diesseitsorientierung. Die deutliche Trennung von kurativem und palliativem Milieu entspricht der mangelnden Integration von Unerwünschtheit und Unweigerlichkeit des Sterbens im medizinischen System.

Nun lässt sich fragen, wie Unerwünschtheit und Unweigerlichkeit des Sterbens in Identitätszuweisungen an den Sterbenden in den beiden Versorgungsmilieus platz greifen und organisiert werden. Dabei ist insbesondere die gegenläufige Dynamik des Aberkennens und Anerkennens von Identitätsansprüchen des Patienten in den Blick zu nehmen, die als wechselseitig wirkende Körperpraxis zwischen Patient und Personal im pflegerischen und ärztlichen Handeln zu konzeptionalisieren ist. Soziale Zugehörigkeit wird zunehmend aufgegeben, denn die Perspektive des erwarteten Todes erfordert das finale Abgeben von Identität. Die modernen Normen des Sterbens in Anstand und Würde, so wie sie durch die Hospizideologie formuliert werden, verlangen aber, dass das »Projekt des Selbst« (Giddens, 1991) bis zum Schluss stattzufinden hat. Auch der Sterbende soll noch ein bedeutungsvolles Mitglied der Gemeinschaft sein. Wenn möglich, darf auch er nicht seine Fähigkeiten zur Selbstpräsentation verlieren, die eben an den Körper gebunden sind.

Um dieser Frage nachzugehen, werden teilnehmende Beobachtungen in Krankenhäusern, einer internistischen und einer orthopädischen Abteilung mit Beobachtungen in zwei Hospizen verglichen, die der Autor durchgeführt hat. Die Beobachtungen auf der internistischen Abteilung ist eine Teilstudie des von der DFG-geförderten Projektes *Patientenrolle und Sterberolle in der Palliativversorgung*. (Zu danken ist dem Projektleiter Prof. Gerd Göckenjan für hilfreiche Hinweise und Diskussionen.) Die internistische Abteilung hat durchaus eine palliative Ideologie aufgenommen: Palliativbetten sind innerhalb der Station ausgewiesen und

Sterben wird offen kommuniziert. Die orthopädische Abteilung, in der das Sterben nicht sehr häufig vorkommt, nimmt im Spektrum der Sterbendenversorgung eher einen konventionellen Status ein. Tatsächlich konnte auch hier eine patientenorientierte Betreuung beobachtet werden. Die unterschiedlichen Versorgungstypen ermöglichen eine typisierende Analyse von Handlungslogiken mit der Frage, welche Deutungen und Praktiken des Sterbens jeweils aufgenommen werden. Der Vergleich bezieht sich auf Arbeitslinien, die als zentral für die Sterbendenversorgung gesehen werden und die sowohl direkte Effekte auf Identitätszuweisungen haben als auch immer als Körperpraktiken zu denken sind: pflegerische Orientierungen und die ärztlich dirigierte Sterbekontrolle.

Arbeit an den Grenzen des Körpers: Anerkennen von Identität

Eine bürgerliche Identität, also die Möglichkeit, in unterschiedlichen Situationen auch unterschiedliche Facetten seiner Person zum Ausdruck zu bringen, wird grundlegend durch das Funktionieren des Körpers entsprechend zivilisatorischer Standards sichergestellt, wie Goffman (1975) in seinen Stigmastudien analysiert hat. Der Bruch von Normen der Körperhaltung, der Körperregulation oder des Aussehens mit den Erwartungen an eine Situation ruft Peinlichkeitsreaktionen hervor. Darin drücken sich die gemeinsamen Anstrengungen der Interagierenden aus, den Makel zu beheben und die Situation zu retten, etwa durch das geflissentliche Übersehen, das Herunterspielen oder die beiläufige Korrektur. Das Gesicht wahren (*impression management*) ist in diesem Sinne gleichbedeutend mit geteilten Zuweisungen an Identität. Schwerkranke Patienten sind nun in besonderer Weise mit den Makeln eines desintegrierten Körpers behaftet. Das betrifft nicht nur die Krankheit selbst, sondern vornehmlich deren Begleiterscheinungen, woran sich dann die Pflegearbeit orientiert: Pflege ist dominierend mit der Sicherstellung der Körperfunktionen an den Körpergrenzen betraut. Das betrifft Ernährung, Ausscheidung, Körperhaltung, Wundversorgung, Hygiene, Aussehen, Medikamentenkontrolle oder OP-Vorbereitung. Pflegekräfte bewachen die schambesetzte Nutzung der Körperöffnungen und den stofflichen Transfer von Innen

und Außen. (Das unterscheidet sie von ärztlichen Interventionen im Körperinneren und von kosmetischen Tätigkeiten, deren Territorium auf der Haut liegt.) Die Normen der Körperöffnungen stellen einen sensiblen Bereich dar, deren eklatanter Bruch zum Ausschluss aus sozialen Situationen führt und deren Reparatur nicht nur eines symbolischen, sondern auch eines tatsächlichen Schutzraumes (»Hinterzimmer«) bedarf, wie etwa das häusliche Badezimmer oder Patientenzimmer in Krankenpflegeeinrichtungen.

Diese Reparaturleistungen erfordern von den Pflegekräften ein distanzierendes emotionales Kostüm, das ihre professionelle Identität ausmacht: Sie haben ihre Arbeit so durchzuführen, dass Patienten nicht noch weiter unter den Identitätseinbußen zu leiden haben. Das Wechseln der Windelhosen erledigen die Pflegekräfte sicher, schnell, schweigsam und routiniert. Anweisungen an Patienten werden präzise gegeben, ansonsten finden während der Pflegeverrichtungen nur selten Alltagsgespräche statt. Damit geben sie den Patienten vor, wie mit dieser Situation umzugehen ist: Die Patienten machen mit, lernen schnell die entsprechenden Routinen, leisten den Anweisungen Folge und distanzieren sich genauso wie die Pflegekräfte von ihren eigenen Gefühlen und objektivieren ihren Körper. Nach dieser Prozedur wird sich von der anstrengenden Situation erholt und zwischen den Pflgetätigkeiten werden Alltagsgespräche geführt, in denen die bürgerliche Identität der Patienten aktualisiert wird. Auch hier ist das Übersehen des Makels leitend. Die Phasen der subjektivierenden Erholung sind gegenüber den Objektivierung erfordernden Körpertätigkeiten relativ kurz, weil Pflegekräfte schon zu neuen Tätigkeiten übergehen. Die distanzierte Haltung ist den sachorientierten Interaktionsnotwendigkeiten von Professionellen und Kranken geschuldet und als Schutz der schon angegriffenen Identität der Patienten in allen Krankenpflegeeinrichtungen habitualisiert.

Welche Unterschiede bestehen nun in Bezug auf das Hospiz? Zunächst wird auch hier im distanzierenden Pflegestil gearbeitet. Allerdings ist dieser abgefedert und ergänzt durch einen zuwendenden Pflegestil: Pflege im Hospiz zeichnet sich durch ein umfangreiches Repertoire an Angeboten aus, die neben der Sachorientierung auch dem guten Befinden

der Patienten geschuldet sind. Dies liegt nicht nur am höheren Zeitbudget für die Pflegetätigkeiten, das pro Patient aufgewendet wird, vielmehr ist die Pflege als »Hospizpflege« vom Personal habitualisiert. So wird die Morgenpflege nicht nur unter hygienischen Gesichtspunkten durchgeführt, sondern setzt als Wohlfühlangebot entscheidende Anreize für das Befinden des Patienten über den gesamten weiteren Tag. Der Unterschied zum distanzierenden Pflegestil liegt dabei weniger in den Tätigkeiten selbst, als vielmehr in der Verknüpfung von Anspannungs- und Erholungsphasen. Zuerst wird der Patient nach seinen Planungen für den Tagesablauf gefragt und seine Wünsche mit den Pflegenotwendigkeiten bei anderen Patienten synchronisiert. Pflegetätigkeiten werden möglichst nicht routiniert ausgeführt, sondern vorher mit dem Patienten besprochen und Handgriffe angesagt, damit sich Patienten auf Lageveränderungen einstellen können, und auf die vom Patienten vorgegebenen Rhythmen der Körperbewegungen geachtet. Auf Wunsch der Patienten wird die Morgenwäsche auch gänzlich ausgelassen, nur eine »Katzenwäsche« ausgeführt oder eine Massage gegeben. So kann die Morgenwäsche unter Umständen zu einem kleinen Ritual werden, allerdings individualisiert auf die jeweilige Beziehung von Pflegekraft und Patient. Pflegetätigkeiten inspirieren Bedürfnisse und Wünsche, die dann im weiteren Tagesablauf wieder aufgenommen werden und einem Handlungsfaden folgen (vgl. Eschenbruch, 2007). Damit ist nicht gesagt, dass jeglicher distanzierender Pflegemodus aufgegeben wurde: Bei Ausscheidungen und bei technischen Tätigkeiten (z. B. Wechseln von Kanülen) wird routiniert gearbeitet, so wie es die Pflegekräfte im Krankenhaus gelernt haben.

Eine besondere Herausforderung an das Identitätsmanagement soll im Umgang mit dem Ekel angesprochen werden. Ekel lässt sich als Reaktion auf aufgezwungene Intimität konzeptionieren, als ungewünschtes Übertreten von Körpergrenzen und symbolisches Eindringen des »Fremden« und »Unreinen« in den eigenen Körper – etwa in Form von austretenden Körpersekreten (Ausscheidungen, Schweiß, Sputum usw.) und Gerüchen (vgl. Liessmann, 1997). Im Sinne von Douglas (1988) motiviert Ekel die Trennung von »Reinem« und »Unreinem« und damit die

Aufrechterhaltung von grundlegenden und implizit wirkenden Kategorien sozialer Ordnung.

Ekel begleitet zwar, wie etwa jeder Novize in Pflegeeinrichtungen nachvollzogen wird, selbst die grundlegendsten Pflegetätigkeiten; seine Unterdrückung ist aber vom Pflegepersonal längst habitualisiert. Unverhohlene Ekelreaktionen bedrohen die Identität der Patienten und gelten als unprofessionell und herabwürdigend. Sie sind höchstens ab und zu in Teamräumen Gegenstand entlastender Scherzhaftigkeit. Die Dethematisierung des Ekels, nicht zuletzt über Mitleid kanalisiert, ist grundsätzlich ein Identitätsschutz für Patient und Personal, der durch vielfältige Vorkehrungen der Hygiene und der Verdeckung der betroffenen Körperareale unterstützt wird. Nicht bei allen Patienten lässt sich ein erfolgreiches Ekelmanagement durchführen, insbesondere bei Patienten mit stark exulzierenden Karzinomen in Gesichts- und Halsregionen. Die von solchen Wunden ausgehenden üblen Gerüche und visuellen Belastungen sind eine verschärfte Dimension körperlicher Desintegration, und Ekelreaktionen können unter Umständen nicht mehr unterdrückt werden. Bei solchen Patienten findet ein informeller und entlastender Austausch kaum mehr statt, die Aufmerksamkeit richtet sich auf das Ringen mit der eigenen Fassung und konzentriert sich ausschließlich auf sachliche Tätigkeiten.

Über eine Patientin mit einem Vaginalkarzinom berichtet ein Pfleger im Hospiz:

Sie verfault bei lebendigem Leibe. Das ist so ein Bild, das möchte keiner gern haben. Das hat auch etwas mit unangenehmen Gerüchen zu tun, verfaultes Fleisch. Der Patient hat das 24 Stunden am Tag. [...] Ich versuche, das neutral zu betrachten. Ich ertappe mich dabei, dass ich die Arbeit rein funktional erledige.

Ist diese Interaktionsform dauerhaft, kann die mangelnde Entlastung von der gespannten Interaktion zu Entindividualisierung und Selbstentfremdung führen. Die Entgrenzung des Körpers führt zur Auflösung des Selbst. Patienten leiden an ihrer eigenen körperlichen Desintegration, sie haben ihren verfallenen Körper allzu deutlich vor Augen und meiden

soziale Kontakte, nicht zuletzt, weil Scham von ihrer ganzen Person Besitz ergreift. Mitunter wird der desintegrierte Körper mit dem nahenden Tod in Verbindung gebracht. Das ist im Krankenhaus nicht anders als im Hospiz.

Im Hospiz wird, wie an der Interviewpassage mit dem Pfleger deutlich wird, Ekel genauso wie im Krankenhaus zunächst dethematisiert. Ist das Ekelerregende allerdings nicht mehr zu unterdrücken, werden die üblichen Routinen der Ekelvermeidung mit ihren augenscheinlich dehumanisierenden Wirkungen aufgegeben. So erklärt der oben zitierte Pfleger, wie die Patientin während der Pfllegetätigkeiten reagiert:

Wenn sie dann eine Zigarette verlangt, um sich abzulenken, selbst während des Verbandwechsels, finde ich das in Ordnung. Sie weiß, ich muss da jetzt technisch etwas machen, ich komme nicht drum herum und sie versucht, sich abzulenken.

Im Rauchen einer Zigarette während der Pfllegetätigkeiten wird zunächst auch das Ekel erregende ausgeklammert. Allerdings stellt das Hospiz einen Handlungsrahmen zur Verfügung, in dem von den üblichen Routinen abgewichen und nach Alternativen gesucht wird. Der nächste Schritt besteht darin, dass das Pflegepersonal offen und ohne Sarkasmus seinen Ekel zugibt, was in der Tradition der im Hospiz typischen Gefühlskommunikation steht. Diese Thematisierung setzt sich nun in den Patientenkontakten fort: Pflegekräfte gehen auf die Sorgen und Ängste der Patienten ein und durchbrechen den Teufelskreis der ›rituellen Täuschung‹. Individuelle Lösungen werden ermöglicht und ›Ekeldeutungen‹ biografisch verortet. Ziel des Ekelmanagements ist neben der Ekelvermeidung die Solidarisierung mit dem Patienten und die gemeinschaftliche Anbindung des Patienten. Ein anderer Hospizpfleger weiß folgende Episode zu berichten:

Wichtig ist auch, dass ich ehrlich mit dem Patienten bin. Wenn der Patient merkt, mir ist unwohl, dann kann ich natürlich sagen: ›Mensch, das sieht aber schlimm aus.‹ Ich kann auch mit dem Patienten darüber weinen. Das ist mir auch schon mal passiert.

Angesichts des Leids verstößt es gegen das Authentizitätsgebot, so zu tun, als ob eine normale Interaktion weiterhin möglich wäre. ›Mit dem Patienten gemeinsam zu weinen‹, bedeutet die distanzierende Professionalisierung auszusetzen. Mit dem Eingeständnis des Entsetzlichen wird die körperliche Entgrenzung als Teil der Selbstpräsentation des Patienten (und der Pflegekraft) thematisiert. Die Maske des ›als ob‹ fällt, um gemeinsam am Schutz der Identität zu arbeiten. Besserungen können eben nicht mehr durch Ausklammerung des Ekelerregenden in technischen Handlungsabläufen erreicht werden.

Der zuwendende Pflegestil ist nicht mit ›Patientenorientierung‹ zu verwechseln, die im Krankenhaus die für die Heilung notwendigen Zumutungen vermittelt und erträglich macht. Im Hospiz ist die Unmittelbarkeit der Patientenbedürfnisse zielführend, die bei nahendem Tod keinen Aufschub dulden. Auch unter sehr prekären Umständen wird hier Identität zugewiesen, zumeist vom Personal dirigiert, abgewogen an den Möglichkeiten für Selbstdarstellungen, wie noch zu sehen sein wird. Dem Patienten wird ein Identitätskostüm verliehen, das dem zunehmenden körperlichen Verfall angeglichen wird. Das Moratorium der bürgerlichen Identität verliert beim Sterben seinen Sinn. Im zuwendenden Arbeitsstil wird die Unweigerlichkeit des Sterbens akzeptiert und darüber hinaus aktiv bearbeitet.

Arbeit am körperlichen Verfall: Aberkennen von Identität

Während mit den Pfl egetätigkeiten das Sterben zunächst nur im Hintergrund entsprechend des Gesundheitszustandes des Patienten mitbedacht wird, obliegt die Organisation von Sterbeverläufen weiterhin der ärztlichen Verantwortung, wie dies für das Krankenhaus anhand des stark komprimierten Sterbeverlaufes eines 70jährigen Patienten analysiert wird, der nach sechswöchigen Aufenthalt auf der internistischen Station stirbt.

Herr Kl onk, ein Privatpatient, ist wegen eines unklaren Befundes eingewiesen. Gleichzeitig wird auch seine bettlägerige Ehefrau aufgenommen, deren Artikulationsfähigkeit infolge eines Schlaganfalls stark einge-

schränkt ist. Zuhause wurde sie von ihrem Ehemann gepflegt und hätte in ein Pflegeheim überwiesen werden müssen. Das Ehepaar wird nun zusammen in einem Zimmer untergebracht und die Betten zusammengeschoben. Für die Ehefrau besteht eigentlich kein Behandlungsbedarf, trotzdem wird für die multimorbide Patientin eine »soziale« Indikation gefunden. Herr Klonk ist zunächst ein anspruchsvoller Patient. Seine anfänglichen »Extrawünsche«, die die Pflegekapazitäten deutlich überschreiten, äußert er aber nach einigen Tagen nicht mehr. Der gesundheitliche Zustand von Herrn Klonk wird im Laufe seines Aufenthalts immer schlechter. Die Pflegekräfte äußern am Anfang der zweiten Woche seines Aufenthalts einen Sterbeverdacht wegen eines noch nicht diagnostizierten Krebses: Eine Schwester: »Es riecht nach Karzinom, nach üblen Fleisch.« Vier Tage später bestätigt der Chefarzt den Sterbeverdacht: Der Patient wisse, dass »sein Lebensfaden immer kürzer wird« und auch, dass »das Herz (die kardiologischen Probleme) nun ausbehandelt ist«. Es bestehe aber ein Verdacht auf ein Lungenkarzinom. Eine Thoraxröntgenuntersuchung kann den Verdacht nicht bestätigen, zur weiteren Diagnostik soll vier Tage später eine Magensonde gelegt werden (dritte Woche). Die strapaziöse Untersuchung ist nicht erfolgreich. Der Patient schafft es nicht, die Sonde zu schlucken, auch das Legen einer Nasensonde scheitert. In der fünften Woche wird eine Operation zum Legen einer Thoraxdrainage (Lungenpunktion) vorgeschlagen, die »einzige Hoffnung auf Besserung«, wie der Stationsarzt dem Chirurgen erklärt. Dem Patienten und seiner Frau wird deutlich gemacht, dass er die Operation unter Umständen nicht überleben wird. Auch im weiteren Verlauf wird das Ehepaar immer wieder über die Diagnose und Verlauf der Krankheit aufgeklärt sowie darauf hingewiesen, »letzte Dinge« zu regeln. Herr Klonk willigt in die Operation ein und trifft gleichzeitig Vorbereitungen für sein Verscheiden: Ein Testament wird im Beiseins des Notars aufgesetzt, dem Stiefsohn Bescheid gegeben und Herr Klonk bestimmt, dass seine Leiche der medizinischen Forschung zur Verfügung gestellt werden soll. Die Operation wird dann erfolgreich durchgeführt und anschließend geht es dem Patienten einige Tage besser: Der Arzt kann wieder etwas mehr Farbe im Gesicht erkennen. Dann verschlechtert sich der Zustand wie-

der, Herrn Klonk ist zwischenzeitlich komatös und nicht erweckbar. Er sagt selbst, dass er sehr geschwächt ist und dass er nun »Abschied nehmen« will. Das Personal aktualisiert den immer im Hintergrund mitlaufenden Sterbeverdacht, und Herr Klonk wird in der sechsten Woche offiziell als »Palliativpatient« geführt. Zunächst werden Palliativmaßnahmen nur angesprochen, wie das Abstellen der Thoraxdrainage und die Einführung eines Schmerzmittelregimes, aber noch nicht umgesetzt. Einzig die Suche nach der Unterbringung der Ehefrau wird von der Sozialarbeiterin vorangetrieben. Pflegerische Probleme eskalieren nun wegen der zunehmenden Verweigerungshaltung des Patienten: Morphiumgaben und ein Venenkatheter lehnt Herr Klonk ab. Er entwickelt einen Dekubitus, aufgrund dessen er alle zwei Stunden gelagert werden muss. Er nässt in das Bett, will aber nicht in die Windelhosen urinieren, auch einen Dauerkatheter lehnt er ab. Trotz der Etikettierung als »palliativ« wird weiterhin Blut zur Eiweißkontrolle abgenommen, dann allerdings eingestellt. Andere Diagnostiken, Temperatur- und Blutdruckmessung, laufen weiter. Die zunächst verweigerten Schmerzmittel und Windelhosen werden vom Patienten mit zunehmender Schwäche toleriert. Schließlich wird die Drainage abgestellt und am nächsten Tag verabschiedet Herr Klonk friedlich gegen 2:00 Uhr morgens. Seine Leiche bleibt noch bis zum Mittag im Zimmer, auch damit sich die Ehefrau von ihm verabschieden kann. Es wird allerdings nicht auf den Stiefsohn gewartet, der sein Kommen schon einige Tage vor dem Tod angekündigt hat.

Der Fallverlauf von Herrn Klonk zeigt, dass sich die Versorgung Sterbender verbessert hat und das Palliative im Krankenhaus aufgenommen wurde. Die Mitarbeiter sind für das Sterben sensibilisiert und Patienten aufgeklärt. Sterben wird erstaunlich offen und nicht nur punktuell kommuniziert und Herr Klonk immer wieder aufgefordert, »letzte Dinge zu regeln«. Schmerzmittel werden bereitwillig verabreicht, Patientenwünsche beachtet und die Verweigerung von Diagnostik, Behandlung und Pflege weitgehend toleriert. Es ist auch zu vermuten, dass die Ablehnung der Lungenpunktion durch Herrn Klonk eher mit Erleichterung von den Ärzten aufgenommen worden wäre. Trotzdem bestimmen Heilungs- bzw. Besserungsabsichten bis kurz vor dem Tod immer noch das Han-

deln. Damit ist nach dem Verhältnis palliativer und kurativer Orientierungen zu fragen, in dessen Rahmen das Sterben organisiert wird.

Die palliative Orientierung läuft im Hintergrund und parallel zu den Besserungsmaßnahmen mit. Insbesondere die Ärzte scheinen erratisch zwischen den beiden Behandlungsstrategien zu lavieren. Bei näherem Hinsehen fungiert das Palliative höchstens als rhetorische Begleitung der Behandlung, als kommunikative Abfederung von Zumutungen und Sicherstellung der Mitarbeit des Patienten. Dem Personal bietet es die Sicherheit, auf den Tod vorbereitet zu sein, denn nichts ist schlimmer, als sein unerwarteter Eintritt. Letztendlich verbleiben die Ärzte auf der Ebene der kurativen Behandlung, in der sie sich ohne eine kohärente Strategie ›durchwursteln‹. So bleibt dem Beobachter auch bei Nachfragen unklar, welchen Benefit der Patient von den Maßnahmen hat. Die Todesnähe des Patienten ist recht früh erkannt und Palliativmaßnahmen werden zwar im Team diskutiert sowie dem Patienten unterbreitet. Die Orientierung auf das Sterben würde aber sowohl für den Patienten als auch für das Personal eine Verlagerung der Ansprüche an die Medizin bedeuten und nicht nur im geteilten Wissen um das Sterben bestehen. Die Arbeit am und mit dem Patienten ist weiterhin auf den Kampf gegen den Tod konzentriert.

Die Alternative besteht nur im ›Sterbenlassen‹, dem Beenden der kurativen Maßnahmen. ›Sterbenlassen‹ ist in dem auf Heilung orientiertem Krankenhaus eine schwache, passive Handlungsoption, für die es zwar rhetorische, aber wenig praktische Vorkehrungen gibt. Ärzte brauchen nicht einmal mehr einzugestehen, dass man ›nichts mehr für den Patienten tun könne‹, da auf das Palliative als ideologische Figuration zurückgegriffen werden kann. Das korreliert auch mit dem in Interviews mit leitenden Ärzten abgegebene Statement, dass auf ihrer Abteilung Palliativmedizin schon immer praktiziert wurde – gemeint ist damit Patientenaufklärung und die ausreichende Gabe von Schmerzmitteln. Auch die Pflegekräfte, die traditionell immer die Zumutungen an den Patienten im Blick haben, können hier keine praktische Alternative anbieten. ›Sterbenlassen‹ als ein institutionell nicht unterstützter Handlungsmodus ist auch für den Patienten kaum akzeptabel. Ihm bliebe nur, seine Behandlung auf

das Notwendigste beschränken zu lassen. Aber diese von ihm allein zu treffende Entscheidung ist eben nicht durch ein alternatives Programm unterstützt, und das Sterben bliebe dem Patienten allein überlassen. Kann der Patient etwa nicht die wünschenswerte Fassung bewahren, werden die typischen somatischen Verfahren, z. B. die medikamentöse Beruhigung, angewendet.

Sterben wird kaum vermittelt, was sich nicht zuletzt in der Peinlichkeit und Sprachlosigkeit der Interaktionen mit der Ehefrau des Patienten zeigt. Dass sie Bescheid weiß, macht den Umgang mit ihr nur noch schwieriger, denn die Kommunikation des Palliativen scheitert wegen ihrer begrenzten Artikulationsfähigkeit und das Personal hält nicht einmal eine kurative Behandlung für sie bereit. So bleibt nur, auch die Ehefrau als sterbend zu identifizieren und die Aufnahme von Ehepaaren im selben Zimmer für die Zukunft nicht mehr vorzusehen. Sterbende werden weiterhin immer noch in der Krankenrolle gesehen und das Sterben wird als unerwünscht aufgefasst. Sterbebegleitung ist eine somatische Praxis von Schmerz- und Angstbekämpfung, wobei Kurativmaßnahmen (und sei es nur die routinemäßige Blutkontrolle) teilweise bis kurz vor dem Tod weiterlaufen. Weitere Sterbevorkehrungen sind dem zufälligen Engagement des Personals überlassen und nicht Teil systematischer Handlungsrouinen.

Auch im Hospiz wird das Sterben kognitiv begleitet: Pflegekräfte schätzen den Zeitpunkt des nahenden Todes ein, sprechen mit Patienten über deren Krankheit, regen an, »letzte Dinge zu regeln«, geben Trost und wissen oft selbst keinen Rat. Darüber hinaus gibt es ein umfassendes Arsenal der Symbolisierung des Todes: Altarkerze und Sanduhr im Eingangsbereich, Erbauungsliteratur und Gedichtbände in Bücherschrank des Wohnzimmers, Keramikschmetterlinge und Papiertauben auf den Fluren. Der systematische Unterschied zum Krankenhaus besteht aber in der Steuerung und Begleitung des körperlichen Verfalls. Auch hier erfolgt die Analyse an einem Fallbeispiel:

Herr Bauer ist ein 95jähriger Leukämiepatient, der nach einem zweiwöchigem Aufenthalt im Hospiz stirbt. Anfänglich geht es ihm noch relativ gut, er hat keine Schmerzen und er kann sich ohne Hilfe durch das

Hospiz bewegen. Er hat allerdings ein Problem: Eigentlich sollte ihn seine Tochter bei sich aufnehmen, als Gegenleistung dafür, dass er ihr den Hausbau finanziert hat. Die Tochter hat es sich dann allerdings anders überlegt. Nun ist Herr Bauer im Hospiz und wirkt wie ein verbittertes Familienoberhaupt. Nichts kann ihm das Pflegepersonal recht machen. Er beschwert sich beim Arzt, lässt sich immer wieder umständlich seine Medikamente erklären und ist immer auf seine Unabhängigkeit bedacht. Trotzdem gehen die Schwestern und Pfleger auf seine ›Extrawünsche‹ geduldig ein und erkennen in ihm eine, wie sie sagen »faszinierende Persönlichkeit«. In den Gesprächen mit ihm finden sie heraus, dass Herr Bauer ein ›begnadeter Tänzer‹ und passionierter Schachspieler ist und versuchen daraufhin, ein Schachspiel zu initiieren. Einige Tage später ist Herr Bauer jedoch so »nölig, bockig, ganz schwierig«, wie ein Pfleger darstellt, dass der Geduldsfaden reißt und der Patient zurechtgewiesen wird. Am nächsten Tag dann geht es Herrn Bauer plötzlich schlechter, er leidet an Schmerzattacken, ihm ist schwindlig und übel, er ist desorientiert und niedergeschlagen. Nun also »hat er sich nicht mehr geweigert, sich helfen zu lassen«, sagt ein Pfleger bei der Schichtübergabe. Und – so beobachten die Pflegekräfte – Herr Bauer »hat jämmerlich geweint«. Ihm geht es zunehmend schlechter, er wird bettlägerig und es wird seine Tochter gerufen, die sich bisher aus allem heraus gehalten hat. Zuerst schaut sie nur distanziert bei den Pfllegetätigkeiten zu und verbringt einige Zeit schweigend mit ihrem Vater. Am nächsten Tag wird sie von einer Schwester aufgefordert, ihren Vater während des Waschens festzuhalten. Bei der Schichtübergabe deutet die Schwester dies als Umarmung, die auch vom Vater erwidert wurde. Unausgesprochen wird dies als eine ›Versöhnung‹ verstanden. Immerhin bleibt die Tochter jetzt länger bei ihrem Vater und sie sprechen sogar miteinander. In der darauffolgenden Nacht stirbt Herr Bauer. Er schläft ganz friedlich in den Armen eines Pflegers ein.

Aus der Perspektive des Hospizes ist das Sterben von Herrn Bauer gut verlaufen, seine Betreuung kann als erfolgreich eingeschätzt werden. Die Pfllegetätigkeiten aktualisieren die Identität der Patienten, die körperbezogene Interaktion erinnert den Patienten aber auch immer an seine

Gebrechlichkeit und setzt die Auseinandersetzung mit dem Sterben in Gang. Dabei wird Sterben kaum einmal direkt und offen vom Personal angesprochen, zumal das Hospiz auch in der Selbstdarstellung kein ›Sterbehaus‹ sein möchte, sondern ein Ort des Lebens. Das konzertierte Sozialisationsprogramm in die Sterberolle wird durch das medizinische Behandlungsregime nicht nur unterstützt, sondern überhaupt erst ermöglicht. Am Beispiel von Herrn Bauer wird dies deutlich: Der Patient hat, noch bevor er im Hospiz aufgenommen wurde, eine Bluttransfusion bekommen. Der Hospizarzt steht der Bluttransfusion skeptisch gegenüber: Er argumentiert damit, dass es dem Patienten unmittelbar nach der Behandlung zwar besser ginge, aber einige Tage später umso schlechter. Tatsächlich fühlt sich Herr Bauer drei Tage nach der Aufnahme nicht so gut, was das Personal mit der nachlassenden Wirkung der Transfusion erklärt. Der Verschlechterung des Befindens wird nicht durch eine erneute Bluttransfusion gegengesteuert, sondern die Behandlung orientiert sich daran, den Abwärtstrend möglichst komplikationslos zu gestalten. So sollen keine »Hochs« durch plötzliche »Tiefs« erkaufte werden, wie der Arzt seine Behandlungsstrategie erklärt. Gerade der Plötzlichkeit von Verschlechterungen ist zuvorzukommen – dabei werden das unmittelbare Wohlbefinden und die prognostizierte Verschlechterung gegeneinander abgewogen. Mit dem Aufgeben aller Heilungsanstrengungen manifestiert das Hospiz seine Deutungshoheit über den Patienten. Der Kranke wird nun zu einem Sterbenden.

Dieses den Sterbevorgang mimetisierende Behandlungsregime bezieht sich vor allem auf die Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmittel. In der Schmerzbehandlung ist der Patient angehalten, über seine Leiden Auskunft zu geben, denn Schmerz lässt sich nicht objektivieren. Über den körperlichen Schmerz reflektiert der Patient auch seelische Schmerzen und Todesängste. Mit der Schmerzmittelgabe wird aber auch Gefahr gelaufen, dass Patienten ihren Körper nicht mehr spüren und demzufolge das Sich-Selbst-Vergewissern des körperlichen Verfalls immer problematischer wird. Dieser Konflikt zwischen dem Bewusstsein, das sich ausdrücken muss, und dem Leiden, das zu lindern ist, wird so gelöst, dass mit der Dosierung der Schmerzmittel die körperlichen und mentalen Zustän-

de in ihren Abwärtstrends einander abgeglichen werden. Das Personal sagt dann, »Patienten werden immer weniger«, und meint damit, dass sie immer weniger Eigenständigkeit zeigen, dass dies aber auch nicht mehr gefordert ist – ein natürlicher Ablauf des Sterbens ist hergestellt. Und »natürlich« ist hier in Anführungsstrichen zu setzen. Abgefedert wird das durch die medizinische Behandlung dirigierte sukzessive Aberkennen der Identitätsansprüche des Patienten durch die zuwendende Pflege, in der Identität ebenso weit aktualisiert wird, wie es der körperliche Zustand zulässt.

Sowohl im Krankenhaus als auch im Hospiz wird das Sterben über den Körper gesteuert, beide Versorgungstypen sind Bestandteil der dominierenden somatischen Kultur. Sterbeorganisation ist im humanisierten Krankenhaus weiterhin den Heilungsanstrebungen untergeordnet und als rhetorische Praxis institutionalisiert. Im Krankenhaus muss die Zuweisung und Aufrechterhaltung einer Sterbendenidentität scheitern. Sterben ist abgesehen von den medizinischen Maßnahmen dann dem Patienten überlassen. Sein Körper ist objektiviert, so auch seine Identität, die auf eine nicht mehr stattfindende Zukunft verwiesen wird. Im Hospiz ist Sterbeorganisation der einzige institutionelle Zweck. Die somatische Orientierung ist eng mit einer auf das Sterben hin orientierten Identitätspolitik verknüpft, in der Körperpraktiken als Identitätspraktiken des körperlichen Verfalls verhandelt werden und nicht als eine auf die Zukunft verweisende Besserung. Körperliche Deutungen sind mit Identitätszuweisungen verknüpft, die die Anerkennung und gleichzeitig die sukzessive Aberkennung von Identität als wechselseitigen Prozess beinhalten. Die Trennung von Körper und sozialen Zuweisungen ist zwar auch im Hospiz nicht aufgehoben, aber zumindest wird Identität als verkörperte Identität unmittelbar aktualisiert und aktiv gesteuert. Insofern ist auch das Hospiz den leitenden gesellschaftlichen Vorstellungen der arbeitsamen Aktivität verpflichtet.

Es zeigt sich aber, dass Sterbeorganisation als ausschließliches Institutionsziel einen eigenen Ort mit einem ideologisch gefestigten Klima verlangt. Die Herstellung eines friedlichen Sterbens, das der Konzeption des natürlichen Todes folgt, hat Konsequenzen für die Rollenzuweisung an

Patient und Personal: Das Aufgeben der Krankenrolle bedeutet nicht nur, dass therapeutische und diagnostische Zumutungen nicht mehr hinzunehmen sind, sondern auch, dass der Patient tatsächlich den Pflichten eines Sterbenden nachzukommen hat. Auf das Sterben ist sich vorzubereiten und Lücken im sozialen Netz zu schließen, soweit es eben möglich ist. Der Patient wird darin institutionell nicht nur unterstützt, sondern es wird tatsächlich als Identitätspraxis verlangt und, wenngleich stillschweigend, forciert. Auch ein ›Gast‹, eine offizielle Bezeichnung für Hospizpatienten, hat, diese Metapher aufnehmend, sich zu verabschieden und nicht einfach zu verschwinden. Im Gegenzug bedeutet das Aufgeben der Krankenrolle auf Seiten der Professionellen eine Relativierung ihrer professionellen Dominanz und zum Teil zumindest, nämlich dort, wo hohe Anteile zuwendender Pflegehaltungen bestehen, das Aufgeben des mit der Professionsrolle verbundenen Schutzraumes, Verletzungen legitim zuzufügen, um eine Besserung herbeizuführen. Verletzungen (z. B. schmerzverursachendes Lagern oder das Eindringen in die Privatsphäre), die nach konventionellen pflegerischen Standards angezeigt wären, sind nicht mehr einfach hinzunehmen und bedürfen der dezidierten Begründung. Der entsprechend der Parsons'schen Rollenformulierung gewährte Schutzraum wird durch das Arbeitsideal des natürlichen Sterbens ersetzt: Sterben ist hinzunehmen und in seinen Verlauf nicht einzugreifen. Die Passivität, die selbstverständlich ein aktives und heroisches Handlungsgebot ist, ist eine Konsequenz des Tötungsverbotes, das gerade im Hospiz höchste Priorität besitzt. So befürchtet eine Schwester beim Lagern eines Patienten: »Ich drehe ihn um und er stirbt!« Die finale Verletzung bedarf der besonderen Legitimation – ganz im Gegensatz zum Krankenhaus, in dem sich die Verletzung des Patienten den Heilungsbemühungen unterordnet. So wird im Hospiz auch weniger das Verbluten infolge des Aufbrechens äußerer Metastasen als Skandal erlebt, zumindest dann nicht, wenn der Patient in den Armen einer Pflegekraft langsam dahinscheidet, wohl aber das Ersticken eines Patienten, wenn offensive und plötzliche ›Notfallmaßnahmen‹ notwendig sind, wie eine Sedierung und die Gabe von Relaxanzien, um den Patienten nicht leiden zu lassen. Aber auch von diesem schlechten und von ›Rettungsmaßnahmen‹ begleitetem

Sterben wird sich am Ende distanziert und Trost gefunden: »Jeder stirbt seinen eigenen Tod!«

► **Literatur**

- Ariès, Philippe (1976). *Studien zur Geschichte des Todes im Abendland*. München: Hanser.
- Dreßke, Stefan (2005). *Sterben im Hospiz*. Frankfurt am Main: Campus.
- Eschenbruch, Niklas (2007). *Nursing stories*. New York: Bergman
- Feldmann, Klaus (1990). *Tod und Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Lang.
- Douglas, Mary (1988). *Reinheit und Gefährdung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Giddens, Anthony (1991). *Modernity and self-identity*. Cambridge: Polity Press.
- Glaser, Barney & Strauss, Anselm (1968). *Time for dying*. Chicago: Aldine.
- Glaser, Barney & Strauss, Anselm (1974). *Interaktion mit Sterbenden*. Göttingen: Vandenhoeck.
- Goffman, Erving (1975). *Stigma*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Göckenjan, Gerd & Dreßke, Stefan (2001). Wandlungen des Sterbens im Kranken und die Konflikte zwischen Krankenrolle und Sterberolle. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 27 (4), 80-96.
- Heise, Sven & Probst Kerstin (2005). *Bedeutung der Altersverteilung in der Palliativversorgung*. Vortrag auf dem Kongress »Gesundheit und Alter(n)« der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Sektionen für Gesundheits- und Medizinsoziologie in Neuchâtel, Schweiz, 25-27.5.2005.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1982). *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz.
- Liessmann, Konrad P. (1997). »Ekel! Ekel! Ekel! Wehe mir«. In Hans M. Enzensberger (Hrsg.), *Ekel und Allergie* (Kursbuch 129, S. 101-110). Berlin: Rowohlt.
- Parsons, Talcott (1965). Struktur und Funktion der modernen Medizin. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (Sonderheft 3)*, 10-57.
- Probst, Kerstin (2005). Palliativmedizin. Organisation des Perspektivwechsels in der medizinischen Versorgung. *Sozial extra*, 29 (10), 11-15
- Saunders, Cecily & Baines Mary (1983). *Living while dying*. Oxford: Oxford University Press.
- Streckeisen, Ursula (2001). *Die Medizin und der Tod*. Opladen: Leske & Budrich.
- Seale, Clive (1998). *Constructing death*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sudnow, David (1973). *Organisiertes Sterben*. Frankfurt am Main: Fischer.