

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 2 (1997)

Heft: 4

Artikel: Sterbebegleitung - thanatologische Aspekte

Autor: Schmitz-Scherzer, Reinhard

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091639>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Thanatologie ist die Lehre von dem komplexen Zusammenhang der zum Tod führenden physiologischen Abläufe sowie der psychischen und sozialen Wirkungen. *dtv Lexikon 1992, Band 18*

Reinhard Schmitz - Scherzer*

Sterbebegleitung – thanatologische Aspekte

1. Thanatologische Erörterungen

1.1. Einleitung

In den letzten Jahren entstand eine Diskussion um die Sterbebegleitung vor allem in Kliniken, Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen (2). In dieser wurde vielfach die Feststellung getroffen (oder auch der Vorwurf erhoben), dass heute insbesondere Krankenhäuser, aber auch Pflegeheime und ähnliche Institutionen nicht (mehr) in der Lage seien, eine angemessene und mitmenschlich orientierte Sterbebegleitung sicherzustellen. Die Organisationsformen in diesen Einrichtungen, die primär auf Diagnose, Therapie und entsprechende Krankenpflege abstellen, müssten – so wird argumentiert – bei Sterbenden versagen, da bei diesen Menschen einmal alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten erschöpft seien und in ihrer Pflege andere Elemente eine zentrale Stellung einnehmen als es in der Krankenpflege zumeist der Fall wäre. Die notwendige zeitintensive Zuwendung und Pflege, die sterbende Menschen benötigen würden, sei dort jedenfalls kaum möglich, zumal weder die Ärztinnen und die Ärzte noch das Pflegepersonal besonders auf diese Aufgabe der Sterbebegleitung hin ausgebildet und geschult seien (4).

Ohne an dieser Stelle die Berechtigung solcher pauschaler Einschätzungen näher zu untersuchen – da es diesbezügliche Beispiele genug gäbe, sollten sie allerdings auch nicht auf die leichte Schulter genommen werden – soll nachfolgend zunächst einmal aufgezeigt werden, auf welchen Elementen eine angemessene und mitmenschlich orientierte Sterbebegleitung beruht. Dabei wird der Terminus Sterbebegleitung gewählt und nicht Sterbebeistand, Sterbehilfe oder Euthanasie.

In der Sterbebegleitung liegt die wesentliche Form der Hilfe und des Beistands. Sterbebegleitung ist ein

Prozess, den der sterbende Mensch nach Inhalt und Form möglichst selbst bestimmen soll und nicht der/die BegleiterIn, seien es nun Angehörige, PflegerInnen oder ÄrztInnen. Auch von daher ist der Terminus Sterbebegleitung der zutreffendere, zudem er Hilfe und Beistand für Sterbende auch beinhaltet.

1.2. Zum Kenntnisstand der Thanatologie – eine Skizze

1.2.1 Historische Aspekte

Die Thanatologie hat als multidisziplinäre Wissenschaft zum Sterben zahlreiche Resultate, die für eine Sterbebegleitung wesentlich sind, erbracht. In der Thanatologie finden sich Medizin, Psychiatrie, Soziologie und Psychologie neben anderen Wissenschaften zusammen. Obwohl eine integrierte Gesamtschau der von verschiedenen Wissenschaften erarbeiteten Resultate noch aussteht, lässt sich doch immer häufiger feststellen, dass in vielen Publikationen aus Einzelwissenschaften Forschungsresultate anderer in der Thanatologie arbeitenden Wissenschaften erwähnt und diskutiert werden und somit ein Prozess gesamthafter und interdisziplinärer Zusammenschau langsam beginnt. Ein gutes Beispiel hierfür ist das kürzlich erschienene und beeindruckende Buch des Chirurgen Nuland (8).

Heute sterben schätzungsweise über 70 Prozent aller Menschen in Kliniken, Pflegeheimen und anderen entsprechenden Einrichtungen. Die Institutionalisierung des Sterbens hat es mit sich gebracht, dass Sterbebegleitung in zunehmendem Mass eine Aufgabe des Personals dieser Einrichtungen wurde und Angehörige sich selbst immer seltener in der Rolle als Begleiter Sterbender finden. Diese Hospitalisierung der sterbenden Menschen ist auch der Grund dafür, dass – verglichen mit früheren Zeiten – die Menschen immer seltener im direkten Erleben mit Sterben konfrontiert werden. Früher gehörte das Erlebnis des Sterbens anderer Menschen zu Hause zu den alltäglichen Erfahrungen von Jedermann, auch Kindern und Jugendlichen.

Ob dadurch und durch die vergleichsweise grössere Verbindlichkeit kirchlich tradiert christlicher Werte und damit verbunden durch die ungleich stärkere Ritualisierung auch des Sterbens in jenen Zeiten die Menschen z. B. im Mittelalter eher als heute in der Lage waren, eine Akzeptanz ihrer eigenen Endlichkeit und damit ihres Todes zu leisten wird zwar oft behauptet, darf aber angesichts der damaligen Literatur und der Berichte aus Pest-, Kriegs- und Katastrophenzeiten zumindest in dieser generellen Aussage bezweifelt werden (3, 5).

Die "ars moriendi" jener Zeiten war einerseits eine religiös fundierte Aufforderung an den einzelnen Menschen, andererseits von diesem aber auch zu leisten.

*Professor für soziale Gerontologie an der Universität / Gesamthochschule Kassel, D

Immer wurde er erinnert an die eigene Sterblichkeit durch das "Memento Mori (Gedenke des Todes)", oft abgekürzt mit MM, das ihm in Form von Sprüchen und Aussagen, wie z.B. "Homo Bulla (der Mensch ist wie eine Seifenblase)", sowie von Sinnbildern und Plakaten immer wieder entgegentrat.

Jedenfalls – und dies ist ein wesentlicher Unterschied zu früheren Zeiten – fand das Sterben wenn möglich zu Hause und im Beisein von Familienmitgliedern, Freunden und Nachbarn statt. Der sterbende Mensch war somit nicht alleine, andere Menschen bargen ihn in ihrer Anteilnahme. Das Sterben gehörte zum alltäglichen Leben der Menschen in jenen Zeiten, es war ihnen nicht fremd, schon im Alter von 20 Jahren hatten die meisten von ihnen das Sterben der Hälfte ihrer Geschwister und häufig auch der eigenen Mutter mit angesehen.

Die heutige Institutionalisierung des Sterbens hat dazu beigetragen, dass viele Angehörige schon aus dem Mangel an Erfahrungen und Erlebnissen mit sterbenden und schwerkranken Menschen hilflos in ihrer Rolle als Begleiter Sterbender sind. Nicht selten benötigen sie daher Stützung, Hilfe und Anleitung von in diesem Felde erfahrenen Menschen oder vom Fachpersonal.

Angesichts der heutigen Situation gilt dies aber nicht nur für Angehörige und Freunde eines sterbenden Menschen. Es gilt auch für das ärztliche und pflegerische Personal. Nuland schildert dies sehr ausführlich aus ärztlicher Sicht und Mc Cue (7) ergänzt dies, wenn er feststellt, dass die Einstellung der heutigen Medizin Sterbenden gegenüber dazu geführt habe, dass das Sterben geradezu als "Feind" der heutigen Medizin erlebt werde, da es deutlich die Grenzen der Diagnose und der Therapie aufzeige und mit allen darauf beruhenden Schwierigkeiten als "unwillkommener" Teil in die medizinische Pflege integriert wurde (S. 1039).

Doch nicht nur der Ort des Sterbens – von zu Hause in Institutionen – hat sich geändert. Auch die Form des Sterbens selbst ist eine andere geworden als noch vor 150 Jahren. Da zu jener Zeit vor allem Infektionskrankheiten die Hauptursache des Sterbens darstellten und deshalb in allen Altersgruppen, vor allem aber im Kindes und Jugendalter, viele Sterbefälle zu verzeichnen waren, sind es heute Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems sowie bösartige Neubildungen, die als Hauptursachen zum Tode führen. Deshalb finden sich heute auch die meisten Todesfälle in der Altersgruppe ab 70 Jahren. Zudem dauert heute aus diesem Grunde und auch wegen der Möglichkeiten der modernen Medizin der Sterbeprozess länger.

Die altersmässige Verschiebung des Sterbens lässt sich auch an der Veränderung der Lebenserwartung

absehen: So erreichen heute 64 Prozent der neugeborenen Mädchen und 44 Prozent der Jungen ein Alter von 75 Jahren gegenüber vor 100 Jahren, wo es nur 14 Prozent der Mädchen und 11 Prozent der Jungen waren, die bei ihrer Geburt statistisch erwarten können, ein Alter von 75 Jahren zu erreichen. Oder: Das mittlere Sterbealter stieg in den letzten 100 Jahren von 38 auf 77 Jahre bei den Frauen und von 36 auf 70 Jahren bei den Männern.

1.2.2 Wichtige Erkenntnisse der Thanatologie für die Sterbebegleitung

Die nachfolgend berichteten Resultate der thanatologischen Forschung basieren zumeist auf statistischen Analysen. Deshalb sind sie nur in der Lage, gewisse Trends anzugeben und können keinesfalls auf den einzelnen Menschen und hier auf sein persönliches Sterben bezogen werden, denn Sterben ist ein sehr individueller Prozess. Er wird von sozialen Merkmalen wie Religionszugehörigkeit, Bildungsstand, Familienstand, Geschlecht u.a. nur in relativ geringem Masse beeinflusst. Auch das kalendarische Alter spielt eine eher untergeordnete Rolle. Es stimmt also die häufig auch von Ärzten berichtete Einschätzung nicht, dass ältere und alte Menschen generell ihr Sterben eher annehmen als jüngere. Allerdings scheint das Akzeptieren des eigenen Lebensverlaufs, der eigenen Biographie oft auch Kräfte freizusetzen, die die Annahme des eigenen Sterbens erleichtern können.

Inwieweit auch die Bearbeitung früherer Verlusterlebnisse bei der Erarbeitung einer diesbezüglichen Akzeptanz eine Rolle spielt, ist unklar. Lebenserfahrung und auch Berichte in der belletristischen Literatur stützen allerdings eine solche Annahme: "Wer da stirbt, ehe er stirbt, der stirbt nicht, wenn er stirbt."

Die Prozesshaftigkeit des Sterbens ist gerade wegen des individuellen Charakters nicht prototypisch beschreibbar als feste Abfolge von Phasen. Sterben geschieht in vielen sehr unterschiedlichen Bildern und Formen, die intra- und interindividuellen Verschiedenheiten des Sterbens sind sehr gross. Gleich grosse Unterschiede finden sich in bezug auf die Einstellungen zum Tod, die Bedeutungen und Werte, die dem Tod von einzelnen Menschen zugewiesen werden und die Bewältigungsformen in den Auseinandersetzungen mit Tod und Sterben, mit der Endlichkeit der menschlichen Existenz.

Es scheinen vor allem negativ erlebte Lebensumstände zu sein, mangelnde soziale Integration, instabile Lebensumstände, Hoffnungslosigkeit und eine sehr gering ausgeprägte Zukunftsperspektive, die Gedanken an den eigenen Tod und das eigene Sterben hervorbringen. (Dies sind aber auch die Lebensumstände, die eine Suizidneigung begünstigen).

Angst vor Sterben und Tod nimmt mit zunehmendem Alter wahrscheinlich nicht zu. Frauen scheinen mehr Angst vor dem Tod zu haben als Männer, Kranke mehr als Gesunde.

Bei Sterbenden lassen sich häufig Symptome beobachten, die unter dem Begriff des präfinalen Syndroms zusammengefasst werden: die Reduktion kognitiver Fähigkeiten, das Auftreten von Abwehrmechanismen, z.T. extreme Stimmungsschwankungen, Schwankungen zwischen Hoffnung und Hoffnungslosigkeit sowie Bereitschaft zur Kommunikation und deren völlige Ablehnung können als einzelne Symptome in freilich sehr unterschiedlichen individuellen Ausprägungen und in je verschiedenen Konfigurationen miteinander beobachtet werden. Von Tag zu Tag können sich z.T. extreme Schwankungen ergeben. Zusätzlich findet sich nicht selten eine starke Konzentration auf subjektiv bedeutsame Thematiken, z.B. Mahlzeiten, die Bedeutung körperlicher Symptome, ein Fest, ein Geburtstag, einen Verwandtenbesuch u. ä..

Über das Auftreten von Depressionen bei Sterbenden ist bislang wenig bekannt. Freilich können sich im Verlauf des Sterbens depressive Bilder zeigen, doch können diese als Melancholien und tiefe Traurigkeit zu den zuvor erwähnten Erlebnis- und Verhaltensweisen sterbender Menschen gehören und damit zunächst einmal zum normalen Sterbevorgang. Die Diagnose einer Depression bei Sterbenden sollte daher mit grösster Zurückhaltung gestellt werden. So kann schliesslich eine Pathologisierung des Sterbevorgangs verhindert werden.

Das Konzept vom sozialen Tod beschreibt die soziale und insbesondere die kommunikative Situation zwischen Sterbenden und ihren Kontaktpartnern. Insgesamt kann man diesem Konzept zufolge vier Kommunikationsmuster unterscheiden:

- der Sterbende weiss nichts über seinen bevorstehenden Tod, wohl aber die anderen,
- der Sterbende vermutet, dass andere über seinen lebensbedrohenden Zustand wissen und will dies verifizieren oder falsifizieren,
- der Sterbende und die anderen wissen um den bevorstehenden Tod, es wird aber nicht darüber gesprochen und
- alle Beteiligten wissen um den bevorstehenden Tod und sprechen darüber.

Gerade die ersten drei der aufgezählten vier Kommunikationsmuster begünstigen die soziale Isolierung und die Vereinsamung sterbender Menschen. Sie können dazu führen, dass der soziale Tod lange vor dem biologischen Tod eintritt, Angehörige und Freunde beginnen, ihre Besuche einzuschränken und Ärzte und

KrankenpflegerInnen beginnen, Situationen zu meiden, in denen die Sterbenden gezielt nachfragen könnten. Wenn diese aber nachfragen, werden ausweichende Antworten gegeben.

Den Erkenntnissen der Thanatologie zufolge werden die Verhaltens- und Erlebnismuster, die in ihrer Gesamtheit und zeitlichen Abfolge den Sterbeprozess bilden, vor allem durch in der Biographie entwickelte persönliche Eigenschaften und solche des sozialen Umfeldes bestimmt. Insbesondere handelt es sich dabei um folgende Aspekte (6):

- der frühere Lebensstil,
- das Ausmass, in dem das eigene Leben in der Rückschau trotz Einschränkungen angenommen werden kann,
- das Ausmass, in dem der Sterbende einen Sinn in seinem Leben und seiner jetzigen Situation erkennt,
- die soziale Integration und die im sozialen Umfeld erprobte Akzeptanz.

Vor diesem Hintergrund etablieren sich die vielen verschiedenen, bei Sterbenden beobachtbaren Erlebnis- und Verhaltensweisen. Hoffnung, Ambivalenz und Resignation, evasive Reaktionen, konzentrierte Reflexion und sich Fügen in Angst, Trauer und Aggression können sich neben einer ausgeprägten Gesprächsbereitschaft oder aber der radikalen Ablehnung jeder Art von Kommunikation finden.

1.3. Sterbebegleitung

Sterbebegleitung fordert die Persönlichkeit des Begleiters und nicht nur die von ihm erlernten sozialen und kommunikativen Strategien. Sterbebegleitung heisst immer auch ein "Sich-Einlassen" auf einen Menschen in seiner Situation des Sterbens (9, 10). Es zeigt sich immer wieder, dass Angst und Unsicherheit für viele SterbebegleiterInnen nur schwer überwindbare Hindernisse sind. Diese zeigen sich z.B. oft darin, dass die/der BegleiterIn nicht wissen, wie in einer konkreten Situation reagiert werden kann, oder in der Angst, in einem letzten Kontakt das Falsche zu sagen, oder auch in der Angst vor dem eigenen Sterben. So wenig von einem Menschen, der als Angehöriger oder professionell Sterbende begleitet, erwartet werden kann, dass er keine Angst vor seinem eigenen Tod hat, so sehr zeigt aber die Erfahrung, dass es wichtig ist, diese eigene Angst akzeptieren zu lernen, mit ihr zu leben. Dies scheint vor allem zur Vermeidung kühl-distanzierter Verhaltensweisen Sterbenden gegenüber wesentlich, eine Verhaltensweise, die nur allzu oft als Schutz vor eigener, zu grosser Betroffenheit entwickelt wird.

Besondere Schwierigkeiten für viele Sterbebegleiter ergeben sich aus:

- dem Alter der Sterbenden (die Begleitung jüngerer Sterbender wird als schwerer erlebt),
- der eigenen Unsicherheit,
- der Frustration durch die eigene Unsicherheit,
- Schwierigkeiten bei plötzlich eintretendem Tod,
- Schuldgefühle bei nicht offener Kommunikation,
- Angst vor doppeldeutigen Fragen der Patienten,
- der stets notwendigen Kontrolle bei Patienten, die nichts von ihrem Zustand wissen,
- der starken Identifikation mit dem Patienten und seiner Lage,
- dem Mangel an Erfolgserlebnissen und
- den Gesprächen mit Sterbenden über Sterben.

Die obige Aufzählung entstammt verschiedenen Untersuchungen von Schmitz-Scherzer (11, 12) bei Krankenhausseelsorgern verschiedener Konfessionen, bei Ärzten, bei Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern und bei Altenpflegerinnen und Altenpflegern.

Sterbende begleiten heisst auch immer wieder individuell auf ganz persönliche Eigenschaften und Nöte der Sterbenden einzugehen und ihre jeweiligen Bedürfnisse spezifisch zu berücksichtigen. Eine gewisse Hilfestellung kann dabei eine Aufstellung von Bedürfnissen Sterbender bieten:

- Freisein von Schmerzen,
- sich körperlich wohlfühlen,
- Freisein von unangenehmen körperlichen Empfindungen,
- Gefühl, nicht allein gelassen zu werden,
- Gefühl, informiert zu werden, soweit dies vom Sterbenden erwünscht ist,
- Gefühl, akzeptiert und respektiert zu werden,
- Bedürfnis nach "sinnvoller" Bewertung des eigenen Lebens und
- Zuwendung und Respekt durch die Umwelt.

Diese Aufzählung zeigt, wie sehr Sterbende an der Welt teilhaben wollen, freilich jeweils in sehr individueller qualitativer und quantitativer Weise. Dem Begleiter obliegt die Aufgabe des Deutens der Sprache, der Zeichen, der Mimik und der Gestik, da eine klare Sprache nicht selten von sterbenden Menschen vermieden wird oder auch – öfter – nicht mehr möglich ist. Dem Begleiter obliegt vor allem aber auch das Zuhören. Nur so wird er erfahren, was ein Sterbender möchte und was nicht, was ein Sterbender auch wissen möchte und was nicht. Und schliesslich wird er nur so erfahren können, ob seine Deutungen und Interpretationen des Verhaltens eines sterbenden Menschen zutreffen oder nicht.

Es ist wichtig, auf die von dem Sterbenden gestellten Fragen einzugehen und sie zu beantworten. Dabei

wird oft nicht nach der Diagnose oder der Prognose gefragt, sondern mehr nach der Bedrohung, der Gefahr und dem Grad der Hoffnung, die (noch) besteht. Oft werden darauf zielende Fragen immer wieder gestellt, und manchmal entsteht der Eindruck, dass die gegebenen Antworten vergessen, verdrängt oder verleugnet wurden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Abwehrmechanismen auch eine Schutzfunktion haben können.

Aus dem Gesagten geht klar hervor, dass es von zentraler Bedeutung ist, mit sterbenden Menschen im Gespräch, und wenn dies nicht möglich ist, dann zumindest in Kontakt zu bleiben. Nicht wenige Sterbende suchen sich übrigens auch einen Kontaktpartner, auf den sie sich voll konzentrieren. Dieser stammt nicht unbedingt aus dem engeren Kreis der Familie oder Freunde, aus dem Kreis des Pflegepersonals oder der Ärzteschaft. In jedem Fall ist es wesentlich, diese Person zu unterstützen.

Aufklärung des Patienten ist Sache des Arztes. Die meisten chronisch und lebensbedrohlich erkrankten Menschen wollen aufgeklärt werden und berichten auch, wie positiv sie diese Aufklärung im nachhinein erlebt haben. Allerdings ist damit nicht die schlichte und unvorbereitete Mitteilung der Diagnose gemeint. Aufklärung ist immer ein Prozess. Sie sollte dann beginnen und stattfinden, wenn der Patient es wünscht und bereit dazu ist. Sie setzt eine vertrauensvolle Beziehung voraus, die sich nur in einem Prozess entwickeln kann und in der Regel nicht sofort vorhanden ist. Zudem ist es wichtig, die Aufklärung nicht hart und sachlich vorzunehmen, sondern einfühlsam und in der Dosierung, die der Patient wünscht und auch bestimmen sollte. Es ist in der Regel nicht angezeigt, mehr Informationen zu geben, als der Patient wünscht, und es ist notwendig, dass der Patient fühlt, dass alles Menschenmögliche getan wird und dass er stets fragen kann. Nur in lebensbedrohlichen Situationen, in denen eine psychische Belastung sehr ernste Folgen haben kann, sollte zur "Notlüge" – vorübergehend – gegriffen werden.

Es darf in einem Prozess wie dem geschilderten nicht versucht werden, vorhandene Abwehrmechanismen des Patienten zu durchbrechen. Ein Patient sollte nicht gegen seinen Willen mit der Wahrheit konfrontiert werden. Auftretende Gefühle wie Zorn, Trauer, Wut, Aggression, und Verzweiflung können immer auftreten und sollten auch von der Ärzteschaft und dem Pflegepersonal, von Angehörigen und anderen Kontaktpartnern zugelassen und ausgehalten werden.

Aus dem zuvor Dargelegten ergibt sich, dass Sterbebegleitung für alle Begleiter eine schwere Aufgabe ist, eine Aufgabe, die nicht nur einer Ausbildung bedarf, sondern auch kontinuierlicher Unterstützung (z. B. Su-

pervision). Sterbebegleitung fordert immer die ganze Persönlichkeit und verlangt die Bereitschaft, sich stets neu einzulassen – auch angesichts der persönlichen Ängste und Unsicherheiten dem eigenen Sterben und Tod gegenüber. Insofern ist Sterbebegleitung auch immer eine Last, jedoch eine Last, die tragbar ist. Dies zeigen viele professionelle und ehrenamtliche Helfer, die z.T. seit Jahren in Hospizen Dienst tun und die tag-täglichen Umgang mit Sterbenden haben. Dort allerdings wird auch auf die besondere Situation sterbender Menschen eingegangen, sie werden nicht in Organisationsstrukturen gepflegt, die dazu nur in Grenzen oder nicht in der Lage sind (Albrecht, 1990). Dies zeigt, dass es auch organisatorische Momente sind, die die Last der SterbebegleiterInnen zu mindern in der Lage sind. Ein Teil dieser Last aber wird bleiben, solange unsere Gesellschaft Sterben und Tod verschweigt oder gar verdrängt und damit Sterbende in unserer Gesellschaft eigentlich keinen Platz haben.

Literatur

1. Albrecht E.: *Medizinische Sterbebegleitung in Hospizen*. Deutsches Ärzteblatt 87, 1991, S.112: 44-56
2. Atrott H.-H., Pohlmeier H.: *Sterbehilfe in der Gegenwart*. Roderer, Regensburg, 1990
3. Bergdolt K.: *Der schwarze Tod in Europa*. Beck, München, 1994
4. Becker P. (Hrsg.): *Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden. Praktische Erfahrung und wissenschaftliche Reflexion*. Grünwald, Mainz, 1984
5. Imhof A E: *Die Lebenszeit*. Beck, München, 1988
6. Kruse A.: *Die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod – Möglichkeiten eines ärztlichen Sterbebestandes*. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 64: 87 - 95, 1988
7. Mc Cue D.: *The Naturalness of Dying*. JAMA, Vol 273, No. 13: 1039 -1043, 1995
8. Nuland S. B.: *Wie wir sterben*. Kindler, München, 1994
9. Rest F.: *Den Sterbenden beistehen*. Quelle & Meyer, Heidelberg, 1981
10. Rest F.: *Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit*. Kohlhammer Studienbücher Krankenpflege. Kohlhammer, Stuttgart – Berlin – Köln, 1989
11. Schmitz – Scherzer R.: *Sterben und Tod im Alter*. In: Baltus P B, Mittelstrass J. (Hrsg.) *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Walter de Gruyter, Berlin - New York, S. 544 - 562, 1992
12. Schmitz – Scherzer, R.: *Sterbebegleitung*. In: Kruse, W. und G. Schettler (Hrsg.): *Allgemeinmedizin*. Walter de Gruyter, Berlin – New York S. 112 – 115, 1995