

Die Herausforderung selbstbestimmten Sterbens als Teil einer Lebenskunst des Alterns

Heinz Rügger

Zusammenfassung: Selbstbestimmtes Sterben als der von der Patientin oder dem Patienten eigenverantwortlich getroffene Entscheid, auf lebenserhaltende medizinische Massnahmen zu verzichten und den Prozess des Sterbens zuzulassen, ist durch die Entwicklung moderner Medizin längst zum neuen Paradigma des Sterbens geworden. Was als Freiheit zur Selbstbestimmung gedacht ist, kann allerdings auch zu einer Überforderung werden, weil es gar nicht so einfach ist, in Grenzsituationen immer zu wissen, was man will. Autonom sind wir nicht einfach immer, wir müssen es oft durch Phasen der Ambivalenz hindurch erst werden. Dabei ist das Gespräch mit einem verständnisvollen Gegenüber von grosser Hilfe. Selbstbestimmtes Sterben lebt allerdings auch davon, dass die sterbende Person über eine Lebenskunst verfügt, zu der auch eine *ars moriendi* gehört, eine Kunst, sich mit der eigenen Sterblichkeit anzufreunden. Was zu einer solchen Lebenskunst gerade im Blick auf das höhere Alter gehört und ein selbstbestimmtes Sterben erleichtert, wird exemplarisch dargestellt.

Schlüsselwörter: Selbstbestimmtes Sterben, *ars senescendi*, *ars moriendi*, Entpathologisierung des Todes, Moralisierung des Sterbens

Die Sterblichkeit menschlichen Lebens

Die Feststellung ist zugleich banal und existenziell bedeutsam: Menschliches Leben ist sterblich. Von Anfang an, nicht erst am Ende des Lebens. An diesem Faktum kommt niemand vorbei. Allerdings tun sich Menschen seit jeher schwer im Umgang mit diesem Sachverhalt. Schon das älteste erhaltene Epos der Menschheitsgeschichte, das babylonische Gilgamesch-Epos, das in seiner ursprünglichen Fassung bis ins 24. Jh. v. Chr. zurückreichen dürfte, thematisiert die Schwierigkeit des Menschen, sich mit seiner Sterblichkeit abzufinden. Es handelt davon, wie der mythische König Gilgamesch aus Uruk unter dem Eindruck des Todes seines Freundes Enkidu aufbricht, um das Geheimnis der Unsterblichkeit, der Überwindung des Todes zu entdecken. Von seiner Reise kehrt er zurück mit der Erkenntnis, dass er wie alle Menschen der Sterblichkeit nicht entkommen kann (Maul, 2000).

Aus psychoanalytischer Sicht hat insbesondere Sigmund Freud auf die eigenartige Ambivalenz hingewiesen, die weithin unser Verhältnis zum Tod bestimmt, indem die meisten Menschen zwar nicht bestreiten würden, dass der Tod als biologisches Ende menschlichen Lebens natürlich und unvermeidlich ist, im Grunde aber niemand an seinen eigenen Tod glaubt, vielmehr im Unbewussten von der eigenen Unsterblichkeit überzeugt zu sein scheint (Freud, 1946, S. 341). Demgegenüber ist mit Martin Heidegger (2001, S. 255-267) ernst zu nehmen, dass menschliche Existenz – nicht nur biologisch, sondern auch philosophisch-existenziell – ein «Sein zum Tode» ist und es zur Reife und Authentizität des Menschseins gehört, diese Realität anzuerkennen.

Sterben – vom Schicksal zum Machsall

Bis in die jüngste Vergangenheit war Sterben für Menschen der Inbegriff eines fremd verfügbaren Schicksals, das über einen hereinbrach, ob man wollte oder nicht. Betroffene und Ärzt*innen konnten dagegen wenig bis gar nichts ausrichten. Der Tod war eine Realität, die sich menschlicher Verfügungs- und Entscheidungsgewalt entzog. Er wurde erfahren als eine «Schicksalsmacht, der wir zwar mit allen Fasern unserer Existenz zu entfliehen suchen, der wir aber letztlich doch nicht entkommen können» (Enders, 2014, S. 72). Die einzig angemessene Haltung gegenüber den Phänomenen von Sterben und Tod war ein ergebenes Sich-drein-Schicken, ein Sich-Einstellen auf das Unvermeidliche in einer mental und religiös möglichst angemessenen Haltung – wie immer man diese verstand. So ist verständlich, dass Sterben in der antiken hippokratischen Medizin als etwas galt, das nicht in den Zuständigkeitsbereich der Ärzteschaft fiel. Nach Frank Erbguth (2010, S. 39, 44f.) muss man geradezu von einer «historischen 'Nicht-Zuständigkeit' des Arztes für den Prozess des Sterbens und des Todes» sprechen. Machten sich Zeichen des herannahenden Todes bei Patient*innen bemerkbar, war es für Ärzt*innen an der Zeit, das Feld anderen zu überlassen: den Angehörigen der Sterbenden oder den Geistlichen.

Mit dem Aufkommen der naturwissenschaftlich orientierten Medizin vollzog sich diesbezüglich ein fundamentaler Wandel. Je mehr man die biologischen, chemischen und pharmakologischen Zusammenhänge und Ursachen verstand, die den Sterbeprozess bestimmen, desto mehr wurden Sterben und Tod als etwas wahrgenommen, in das grundsätzlich medizinisch eingegriffen werden kann. Der Weg zur Medikalisierung des Sterbens war beschritten (Ariès, 1987, S. 747-753; Illich, 2007, S. 71-77, 125-149). Sterben wurde in zunehmendem Mass zu einem Vorgang, der dem Kompetenz- und Verantwortungsbereich der Ärzteschaft zugewiesen wurde. Der Tod wurde pathologisiert und zu einem medizinischen Problem erklärt, das es mit allen Mitteln zu lösen, zu verhindern oder zu überwinden galt. Der Mediziner Frank Nager (1998, S.60) betont, wie die Medizin des naturwissenschaftlich-technischen Zeitalters dem Tod den unerbittlichen Kampf angesagt hat. «Im 20. Jahrhundert hat sich die moderne Heiltechnik zu einer gigantischen Veranstaltung gegen Sterben und Tod entwickelt.»

So bildete sich in der modernen Medizin ein eindrückliches Arsenal von Möglichkeiten heraus, das Sterben – mindestens vorläufig – zu verhindern und den Tod immer weiter hinauszuschieben. Patient*innen am Lebensende befinden sich heute aus medizinischer Sicht selten in einer Situation, in der gar keine Behandlung mehr möglich ist. Der amerikanische Chirurg Atul Gawande (2019, S. 214) vermerkt: «Wenn es keine Möglichkeit gibt, genau zu wissen, wie lange unser Körper noch mitmacht [...], gehorchen wir unserem Impuls zu kämpfen [...]. Wir stellen uns vor, dass wir abwarten können, bis die Ärzte uns sagen, dass sie mit ihrem Latein am Ende sind. Aber Ärzte sind selten mit ihrem Latein am Ende, es kommt selten vor, dass sie nichts mehr tun können. Sie können immer noch Arzneien mit zweifelhafter Wirksamkeit verabreichen, sie können operieren und versuchen, einen Teil des Tumors zu entfernen, sie können eine Ernährungssonde legen, wenn jemand nicht mehr essen kann.» Angesichts der Vielzahl heutiger Interventionsmöglichkeiten sprechen der Soziologe Reimer Gronemeyer und der Theologe Andreas Heller (2014, S. 52ff.) von einem «Multioptionsdilemma», das sich in heutigen Sterbeprozessen stellt.

Das hat zur Folge, dass heute Krankheitsverläufe auf das Lebensende hin immer häufiger in vielfältige, oft komplexe Entscheidungssituationen führen. Sog. «*end-of-life decisions*» gehören mittlerweile zum Normalfall des Sterbens unter den Bedingungen eines modernen Gesundheitswesens. Dabei geht es nicht um die Möglichkeit eines assistierten Suizids, sondern um Fragen, ob und wie lange

lebensverlängernde medizinische Massnahmen durchgeführt werden sollen bzw. wann dem Sterbeprozess sein Lauf gelassen werden soll.

Im Jahr 2013 wurden in der Schweiz in einer Befragung von Ärzt*innen 58,7 % aller von ihnen begleiteten Todesfälle als Folge einer vorausgegangenen bewussten Entscheidung angesehen, den Sterbeprozess zuzulassen und darauf zu verzichten, ihn weiter zu bekämpfen (Bosshard, Hurst & Puhan, 2016; Bosshard, Zellweger, Bopp, Schmid, Hurst, Puhan & Faisst, 2016). Das heisst, dass heute nicht mehr einfach gestorben wird, sondern dass sterben gelassen werden muss (Dresske, 2012, S. 192). Oder anders gesagt: Wir müssen immer mehr selbst entscheiden, was früher dem Schicksal überlassen wurde. Heute müssen wir uns bewusst entscheiden, wann wir sterben wollen, wann wir also eine Therapie nicht mehr in Anspruch nehmen oder sie abbrechen wollen. Das Sterben lassen wir nicht mehr geschehen. Für das Sterben muss man sich entscheiden (Kunz, 2015). Das bedeutet, dass Sterben weithin von einem fremdverfügten Schicksal zu einem selbst (mit)zubestimmenden «Machsals» (Marquard, 1981, S. 67, 69) geworden ist – ob wir das wollen oder nicht. Selbstbestimmtes Sterben ist zum Normalfall geworden, zum neuen Paradigma des Sterbens im Kontext heutiger medizinischer Rahmenbedingungen. Dabei sei unterstrichen: Entgegen dem in den populären Medien aber auch in der einschlägigen Fachliteratur gängigen Sprachgebrauch geht es beim Thema selbstbestimmten Sterbens heute primär nicht um das Phänomen des assistierten Suizids (diese Fälle stellen eine verschwindend kleine Minderheit dar!), sondern vielmehr um die Frage, wie lange mit medizinischen Mitteln gegen den Tod angekämpft und das Sterben hinausgezögert werden soll und wann der Sterbeprozess ungehindert und durch palliative Massnahmen unterstützt zugelassen werden soll.

Moralisierung des Sterbens

Diese Entwicklung führt dazu, dass es zu einer Moralisierung oder Responsibilisierung des Sterbens kam. Das heisst: In der Mehrzahl der Fälle ist Sterben heute nicht mehr einfach etwas, das von der Natur, vom Schicksal oder vom 'Herrn über Leben und Tod' verfügt wird, ohne dass die betroffenen Menschen dafür verantwortlich wären. Wir müssen heute über Sterben und Tod immer häufiger durch eigene medizinische Lebensende-Entscheidungen bestimmen, auch wenn wir keinen Suizid begehren wollen. Der Tod kommt nicht mehr einfach ungefragt auf uns zu wie der Sensemann in unzähligen Bildern der Kunstgeschichte, er muss heute vom Menschen selbst beschlossen, geplant und durchgeführt werden. Der Soziologe Reimer Gronemeyer (2007, S. 37, 177) hält pointiert fest: «Das ist das Neue: Sterben und Tod sind für uns moderne Menschen zum <Problem> geworden. Der Tod kommt nicht mehr, sondern er wird zur letzten Gestaltungsaufgabe des Menschen. [...] Solange der Tod <kam> musste sich keiner rechtfertigen: Es bedurfte einer solchen Debatte nicht. Das moderne Subjekt, der homo modernissimus, hat sich in die fatale Lage gebracht, dass es nun selbst sein Sterben und seinen Tod zu verantworten hat.» Wo Menschen selbst über ihr Sterben bestimmen können, werden sie für ihre Entscheidung moralisch verantwortlich, müssen Rechenschaft ablegen für ihr Entscheiden – vor wem auch immer: vor sich selbst, vor dem sozialen Umfeld, vor der Gesellschaft oder vor Gott. «Die Selbstverständlichkeit des natürlichen Todes wird abgelöst durch Wertungen – Wertungen des Patienten (wie und unter welchen Umständen will er sterben?), der ärztlichen Profession (wann besteht eine Indikation für lebenserhaltende Massnahmen, wann nicht mehr?), der Angehörigen (wollen sie den Kranken sterben lassen?) und nicht zuletzt der Gesellschaft insgesamt (etwa bei Entscheidungen über die solidarische Finanzierung medizinischer Massnahmen)» (Birnbacher, 2017, S. 4).

Diese uns zugewachsene moralische Verantwortung ist Ausdruck erweiterter Freiheit zu entscheiden und kann insofern als positive Errungenschaft verstanden werden. Die Kehrseite der Medaille ist ein möglicher gesellschaftlicher Druck, sich etwa bei schwerer chronischer Krankheit und Beeinträchtigung mit entsprechendem aufwändigem Pflegebedarf im Alter nicht länger der Gesellschaft und dem kostenmässig eh schon angespannten Gesundheitswesen zuzumuten, sondern sich bei der ersten sich bietenden Gelegenheit für Verzicht auf weitere Behandlung und Zulassen des Sterbens zu entscheiden – im Sinne eines moralisch indizierten «sozialverträglichen Frühablebens», wie es das Unwort des Jahres 1998 in Deutschland formulierte. Diese Kehrseite ist kritisch im Auge zu behalten, wenn das Mehr an Freiheit nicht unter der Hand zu einem Mehr an sozialem Druck geraten soll.

Selbstbestimmung zwischen Freiheit und Überforderung

Dass der Umgang mit Fragen rund um Gesundheit und Krankheit, Leben und Sterben gerade am Ende des Lebens in zahlreiche Entscheidungssituationen führt, ist angesichts der Vielfalt an medizinischen Interventionsmöglichkeiten, die uns heute zur Verfügung stehen, unausweichlich. Angesichts der medizin-ethischen und medizin-rechtlichen Zentralität des Autonomieprinzips bedeutet dies, dass Patient*innen in hohem Masse gefordert sind. Denn Entscheide, das Sterben zuzulassen oder weiter um Lebenszeit zu kämpfen, sind heutzutage nur ethisch legitim und rechtens, wenn sie von der Patientin oder dem Patienten selbst oder – bei deren Urteilsunfähigkeit – von einer autorisierten Vertretungsperson getroffen werden. Sie liegen – solange irgendwelche medizinischen Interventionen noch einigermassen indiziert erscheinen – nicht in der Kompetenz der Ärzteschaft! Das heisst, dass von Patientinnen und Patienten heute erwartet wird, dass sie selbst über ihren Sterbeprozess entscheiden, auch wenn sie keinen Suizid beabsichtigen. Wurde früher aufgrund der stark erweiterten Möglichkeiten medizinischen Handelns und einer befürchteten Gefahr einer ärztlich verfügten Übertherapie, die ein rechtzeitiges Sterben in Ruhe zu verunmöglichen drohte, das «Recht auf den eigenen Tod» oder ein «Recht auf selbstbestimmtes Sterben» eingefordert, so wurde aus diesem eingeforderten Anspruch auf selbstbestimmtes Sterben zunehmend eine Zumutung des Gesundheitssystems an die Patient*innen, selbst über Art und Zeitpunkt ihres Sterbens zu entscheiden. Zugespitzt formuliert: Aus Freiheit zur Selbstbestimmung wurde fast so etwas wie ein «Zwang zur Selbstbestimmung» (Teising, 2017, S. 77).

Diese Zumutung wird heute von manchen weniger als zu begrüssende Freiheit, sondern eher als Überforderung erlebt. Wer mit anderen Menschen über solche Fragen ins Gespräch kommt, bekommt mitunter Antworten zu hören wie: «Ich will nicht über mein eigenes Sterben bestimmen, ich bin doch nicht suizidal!» oder: «Über mein eigenes Sterben entscheide ich nicht selbst, das soll man dem Schicksal überlassen» oder, in der religiösen Spielform: «das steht allein dem Herrn über Leben und Tod zu, wir sollten ihm nicht dreinreden wollen.» Das alles sind Formen von in Überforderung wurzelnder argumentativer Abwehr der uns zugemuteten Freiheit zu selbstbestimmtem Sterben.

Dieses Gefühl der Überforderung hängt auch damit zusammen, dass Menschen in existenziellen Grenzsituationen, wie sie das Lebensende und der Sterbeprozess darstellen, oft mit einem hohen Grad an Ambivalenz konfrontiert sind. Diese kann sich etwa darin zeigen, dass eine hochbetagte Patientin, die plötzlich eine heftige Pneumonie bekommt, die potenziell letal ausgehen könnte, sich nicht entscheiden kann, ob sie zur Bekämpfung der Pneumonie als lebenserhaltende Massnahme einer Antibiotika-Therapie zustimmen oder lieber darauf verzichten und die Möglichkeit eines palliativ gut begleiteten Sterbens ins Auge fassen möchte. In solchen Grenzsituationen ist es durchaus normal, dass

Menschen zwischen unterschiedlichen Optionen hin- und hergerissen sind, den Tod zugleich meiden und ersehnen, ohne dies subjektiv als Widerspruch in sich selbst zu empfinden (Rüegger & Kunz, 2020, S. 78f., 91f.).

Wir wissen eben nicht immer genau, was wir wollen; in Grenzsituationen schon gar nicht. Das macht die Realisierung von Autonomie, von Selbstbestimmung in der Praxis anspruchsvoll. Denn «Autonomie lässt sich nicht einfach abrufen – Autonomie ist oft ein Prozess des Sich-ins-Verhältnis-Bringens. Und in diesem Prozess spielt das Gespräch eine zentrale Rolle» (Maio, 2012, S. 154): Das Gespräch mit Ärzt*innen und Pflegenden, mit Angehörigen, aber auch mit weiteren allenfalls involvierten professionellen Gesprächspartnern wie Seelsorgenden, Sozialarbeitenden oder Psycholog*innen, sofern sie sich Zeit nehmen, geduldig zuzuhören, was die betroffene Person bewegt, ihre Ängste und Hoffnungen ernst zu nehmen und mit ihr das Für und Wider verschiedener Optionen abzuwägen (Rüegger, 2019). Dabei ist zu bedenken, dass autonome Entscheidungen nicht einfach durch eine rein rationale Abwägung verschiedener Gründe zustande kommen, sondern durch eine Mischung von bewussten und unbewussten Komponenten, von Gefühlen und Hoffnungen, von Überlegungen und Befürchtungen, von Sachinformationen und Intuitionen, wobei Letztere oft eine ausschlaggebende Rolle spielen (Fuchs, 2016, S. 47). Durch solch geduldiges Bedenken und Bereden kann es möglich werden, Ambivalenzen auszuhalten und soweit zu bearbeiten, dass die betroffene Person relative Klarheit gewinnt über das, was ihr wichtig ist und was sie wirklich will. Ein solcher Umgang mit Ambivalenzen und Unsicherheiten im Blick auf den eigenen Willen in einem offenen, nicht direktiven Gespräch ist eine entscheidende Hilfe im Prozess selbstbestimmten Sterbens. Denn «autonom ist eine Person gerade dann, wenn sie vernünftig und einigermaßen gelassen mit Erfahrungen von Ambivalenzen umgehen kann» (Rössler, 2019, S. 65, 93). Und dafür ist die Hilfe eines gesprächsbereiten Gegenübers essenziell.

«Sterben ist gesund» – zur Entpathologisierung des Sterbens

Wir haben eingangs festgestellt, dass die Menschheit immer ein ambivalentes oder gar negatives Verhältnis zum Tod hatte. Man wusste, dass er zum Leben gehörte, versuchte aber wenn immer möglich, ihm auszuweichen. Und vom Gilgamesch-Epos im alten Orient bis zu heutigen Bestrebungen radikaler Exponenten der Biogerontologie-Forschung suchten und suchen Menschen nach Wegen, den Tod vielleicht sogar zu überwinden.

Bestimmend für unsere heutige Einstellung ist vor allem das Phänomen der Medikalisierung von Sterben und Tod, das mit dem Kampf gegen den Tod als zentralem Impetus und *feu sacré* moderner Medizin einherging. Der Tod wurde quasi zum Todfeind der Medizin (Nager, 1998, S. 61f.). Peter Steiger als Intensivmediziner am Zürcher UniversitätsSpital kommentiert eine heute weit verbreitete Tendenz insbesondere der Spitzenmedizin mit der lapidaren Feststellung: «Man will die Menschen heutzutage nicht mehr sterben lassen» (zit. in Meissner, 2020, S. 102). Man kann geradezu von einer Pathologisierung von Sterben und Tod in der Medizin sprechen: Sie werden als etwas verstanden, das möglichst nicht sein sollte und wenn immer möglich zu bekämpfen und zu verhindern ist. Sterben ist ungesund, ist krankhaft und deshalb therapeutisch zu überwinden.

Es dürfte ausser Frage stehen, dass eine solche Haltung das Sterben nicht leicht macht. Sterben kommt dann einer Niederlage, vielleicht gar einem Versagen gleich. Und die Herausforderung selbstbestimmten Sterbens für die betroffenen Patient*innen, zu gegebener Zeit auch zu einer bejahenden,

akzeptierenden Haltung zur eigenen Sterblichkeit und zum eigenen Sterben zu gelangen, dürfte erschwert werden.

Gegen diese pathologisierende Haltung gegenüber Sterben und Tod haben sich seit längerem gewichtige Stimmen erhoben. Eine ist die des amerikanischen Philosophen und Medizinethikers Daniel Callahan, der schon Ende des letzten Jahrhunderts eindringlich für eine Neubewertung und Akzeptanz des Todes in der Medizin plädierte. Im Blick auf den Tod schreibt er: «Die Tatsache seines unabwendbaren Sieges – seiner letzten Notwendigkeit – muss wieder in das eigene Selbstverständnis der Medizin aufgenommen werden, muss ein Teil ihrer Aufgabe werden, eine Begrenzung ihrer Kunst, die aber gleichzeitig die Natur dieser Kunst definiert» (1998, S. 150f.). Er ist überzeugt: «Eine Medizin, die sich eine Akzeptanz des Todes ganz zu eigen gemacht hätte, wäre eine grosse Veränderung im Vergleich zu ihrem gegenwärtigen Konzept; sie könnte dann den Raum schaffen, in dem die Sorge für die Sterbenden nicht ein nachträglicher Einfall wäre, wenn alles andere versagt hat, sondern dies für sich selbst als eines ihrer Ziele sehen. Diese Sorge um einen friedlichen Tod sollte genauso Ziel der Medizin sein wie die Förderung der Gesundheit» (ebd., S. 282).

Diese Perspektive wird in neuerer Zeit v. a. von der Palliativmedizin resp. von der interdisziplinären Palliative Care auf breiter Front vertreten, für die Sterben zum Leben dazugehört und weder künstlich beschleunigt noch möglichst lange bekämpft werden sollte. Sie geht davon aus, dass nicht das Zulassen des Sterbens gerechtfertigt werden muss, sondern die Therapie, die das Sterben hinausschiebt (Steldinger, 2012, S. 251).

Der vielleicht kräftigste und eindrücklichste Impuls zu einer neuen Würdigung von Sterben und Tod in Medizin und Gesellschaft kommt von einer hochkarätigen, interdisziplinär zusammengesetzten internationalen Expertenkommission, die von der Herausbergerschaft der medizinischen Fachzeitschrift «The Lancet» eingesetzt worden ist (der *Lancet Commission on the Value of Death*). In ihrem Bericht unter dem Titel: «Bringing death back into life» (2022) vertritt sie die provokante These, Sterben sei gerade nichts Pathologisches, sondern etwas Gesundes: «The Commission believes that it is healthy to die» (S. 841). Als solches ist Sterben ein wichtiger, wertvoller Faktor eines gesunden Alterns («part of healthy aging», S. 856). Und der Bericht fordert dazu heraus, Sterben nicht nur als etwas Natürliches und Unausweichliches, sondern explizit als etwas Wertvolles anzuerkennen. Der Bericht weist darauf hin, dass «much of the value of death is no longer recognised in the modern world, but rediscovering this value can help care at the end of life and enhance living» (S. 837). Aus der Sicht der *Lancet Commission* gehört zu einem guten, menschlichen Sterben, dass dieses nicht mehr pathologisiert, sondern als etwas Wertvolles anerkannt wird, dass es nicht mehr primär als ein medizinisches Problem, sondern als ein soziales, psychologisches, kulturelles und spirituelles Phänomen ernstgenommen wird und, statt es an Krankenhäuser und Heime zu delegieren, wieder in ein Netz von tragenden Beziehungen im Sinn von *caring communities* eingebettet wird. Dazu gehört auch die Stärkung der Selbstbestimmung der Sterbenden und ihr Recht, ihr Leben zu beenden (S. 855). Solch selbstbestimmtes Sterben wird erleichtert, so die Überzeugung der Kommission, wenn Sterben und Tod entpathologisiert, als etwas Wertvolles gewürdigt und wieder in die Mitte menschlichen Lebens und medizinischen Handelns zurückgeholt wird (Rüegger, 2024).

Sterben lernen - ars moriendi als Teil einer ars senescendi

Selbstbestimmtes Sterben ist nicht nur eine Frage im Horizont normativer medizinischer Ethik und rechtlicher Ansprüche im Blick auf das Prinzip der Patient*innen-Autonomie. Das ist es selbstverständlich auch und es ist nötig, das im Kontext medizinisch-pflegerischen Behandelns immer wieder ins Bewusstsein zu rufen. Selbstbestimmtes Sterben ist aber ebenso eine Frage der reifen Lebensführung und Lebensentscheidungen betroffener Personen im Sinne einer optativen, eudämonistischen Ethik des guten Lebens. Insofern hat es mit dem zu tun, was in einer langen philosophischen Tradition seit der Antike als Lebenskunst (*ars vivendi*) diskutiert wurde. Lebenskunst nimmt ernst, dass das Leben nicht einfach vorgegeben ist, sondern eigenverantwortlich gestaltet werden kann, dass es erstrebenswert ist, nicht einfach so fremdbestimmt dahinzuleben, sondern sein Leben zu *führen*. Ziel solcher Lebenskunst ist die Erlangung von Selbstmächtigkeit der individuellen Lebensführung im Umgang mit den Möglichkeiten und Herausforderungen, die das alltägliche Leben bietet (Rüegger, 2023, S. 25-28), und dazu gehören heute auch die Fragen und Optionen, die sich am Lebensende stellen.

Zum Erbe der antiken abendländischen Philosophie im Sinne einer eudämonistischen Philosophie des guten Lebens gehört die Grundeinsicht, dass Leben gelernt werden muss, und dass – weil sterben Teil des Lebens ist – auch sterben gelernt werden muss. Der römische Philosoph Lucius Annaeus Seneca war der Meinung, dass man ein Leben lang leben *und* sterben lernen müsse. Und Michel de Montaigne vertrat im 16. Jahrhundert die Auffassung, «que philosopher c'est apprendre à mourir» (Ricken, 2012; Rüegger, 2006, S. 20-24). So gesehen gehört zu jeder ernstzunehmenden *ars vivendi* immer auch eine *ars (bene) moriendi*, eine Kunst des guten Sterbens, die vor allem im Mittelalter eine Blütezeit erlebte und heute im internationalen interdisziplinären Diskurs eine gewisse Renaissance erfährt. Dieses neuerliche Interesse an einer *ars moriendi* verdankt sich wesentlich Impulsen aus den Vereinigten Staaten, wo seit den 1960er-Jahren eine Bewegung entstanden ist, die sich das Anliegen einer neuen «*death awareness*» bzw. einer «*death education*» auf die Fahnen geschrieben hat. In den deutschsprachigen Raum fand dieses Anliegen insbesondere durch das vom Psychologen Hilarion G. Petzold entwickelte Konzept einer Thanatagogik Eingang, also einer Bewusstseinsbildung im Blick auf Sterben und Tod (Huck & Petzold, 1984).

Da das Sterben durch die jüngsten demographischen Entwicklungen immer mehr an das Ende eines langen Lebens, also ins hohe Alter verschoben worden ist, gehört die *ars moriendi* heute insbesondere in den Kontext einer Lebenskunst des Alters und des Alterns, also einer *ars senescendi* (Rüegger, 2023, S. 98-121). Je länger sich die Lebensspanne des Alters ausdehnt (sie kann heute durchaus einen Drittel der ganzen Lebenszeit ausmachen), desto deutlicher wird, dass das Altern, mit dem sich viele eher schwer tun, gelernt werden muss (Höffe, 2021, S. 140), und dazu gehört auch eine existenzielle Auseinandersetzung mit der Perspektive der Endlichkeit des eigenen Lebens. Dabei geht es nicht darum, simple Techniken zu entwickeln, die das Sterben leicht machen und 'gelingen' lassen. Es geht vielmehr darum, Tod und Sterben zu entpathologisieren und sich mit ihnen als mit etwas sinn- und wertvollem vertraut zu machen. Dabei dürfte die Erkenntnis leitend sein, dass das, was uns auf das Sterben vorbereitet, uns zugleich zu einem guten Leben anleitet, und dass das, was das Leben einigermassen gelingen lässt, zugleich ein Beitrag ist zu einem möglichst guten, selbstbestimmten Sterben. In diesem Sinne ist der Psychologin und Psychoanalytikerin Verena Kast zuzustimmen: «Je akzeptierter wir den Tod in das eigene Lebenskonzept einbauen, desto lebendiger vermögen wir das Leben zu leben» (2017, S. 161).

Aspekte einer Kultur akzeptierten Sterbens

Selbstbestimmtes Sterben ist ein Konzept, das grundsätzlich offen lässt, was für eine Haltung jemand seinem eigenen Sterben gegenüber einnimmt: ob er oder sie das Sterben ablehnt, es also möglichst lange bekämpft und hinauszuschieben versucht, oder ob jemand den Tod als etwas sinnvolles und bejahenswertes anerkennt und deshalb in das Sterben einwilligt und auf weitere lebensverlängernde Interventionen verzichtet. Beides kann Ausdruck selbstbestimmten Sterbens sein.

Die eigentliche existenzielle und philosophisch-ethische Herausforderung selbstbestimmten Sterbens scheint mir jedoch darin zu liegen, im Sinne einer Lebenskunst eine *ars moriendi* zu entwickeln, also eine innere Haltung zu Sterben und Tod, die Sterben mit dem oben erwähnten Lancet Report als etwas «gesundes» und «wertvolles» versteht, als «Teil eines gesunden Alterns», als etwas, auf das man bewusst zuleben kann, weil es zum Wesen und zur Erfüllung menschlicher Existenz dazugehört. Es stellt sich die Frage, was einer solchen Lebenshaltung und einem darauf basierenden Konzept selbstbestimmten Sterbens förderlich sein kann. Ein paar wenige Hinweise mögen an dieser Stelle genügen.

Umgehen lernen mit Erfahrungen von Minderung

Zur Lebensphase des hohen Alters, in der sich das Lebensende abzeichnet, gehören unweigerlich Erfahrungen von Minderung, von nachlassenden Kräften, von physischer und psychischer Verletzlichkeit und Gebrechlichkeit. Teilhard de Chardin spricht vom «Erleiden der Minderung» im Unterschied zum «Erleiden des Wachstums» (1962, S. 78-96). In solchen Erfahrungen wird spürbar, was Altern als existenzieller Prozess bedeutet: ein «Werden zu sich selbst im Vergehen», wie der Philosoph und Altersethiker Thomas Rentsch es formuliert (2013, S. 138). Menschen sehen sich im ganzen Leben immer wieder herausgefordert, solche Erfahrungen von Grenzen, Verlusten und Schwäche auszuhalten. Im hohen Alter ist das Erleben und Zulassen von Erfahrungen der Minderung eine besondere Herausforderung (Rüegger, 2023, S. 85-95). Dazu ist seelische Widerstandskraft (Resilienz) gefragt, die Ausbildung von pathischen Fähigkeiten, von Mut, sich Zumutungen des Lebens zu stellen und verantwortlich mit ihnen umzugehen. Ein reifer Umgang damit beinhaltet auch die Fähigkeit, das «Vergehen» als konstitutiven Faktor des «Werdens zu sich selbst» anzuerkennen, und die Bereitschaft, in die Beendigung des eigenen Lebens einzuwilligen – auch wenn man möglicherweise noch das eine oder andere an medizinischen Interventionen zur Lebensverlängerung tun könnte. In diesem Sinne ist dem Theologen und Ethiker Hans-Martin Rieger zuzustimmen: «Sterben zu können gehört zu einem gesunden Menschsein» (2013, S. 170).

Rechtzeitiges Sterben

Zu einer Kultur selbstbestimmten Sterbens im Sinne einer *ars moriendi* gehören heute, in einer Zeit, in der der Tod medizinisch immer weiter hinausgeschoben werden kann und wir uns mit dem Phänomen der Übertherapie am Lebensende konfrontiert sehen, auch die Fähigkeit und der Mut, rechtzeitig in die Beendigung des Lebens einzuwilligen. Der Soziologe Peter Gross hält fest: «Früher war der zu frühe Tod ein Problem, heute der zu späte» (2014, S. 379). Und der Medizinsoziologe Allan Kellehear ist sogar der Überzeugung, das Problem des rechtzeitigen Sterbens sei eine der grössten Herausforderungen des Sterbens in Zukunft (2007, S. 233f., 237).

Die Perspektive selbstbestimmten Sterbens fordert im Lichte einer *ars moriendi* dazu heraus – worauf Daniel Callahan (1998, S. 232, 243f.) schon am Ende des letzten Jahrhunderts hingewiesen hat –, in fortgeschrittenem Alter bei jeder schwereren Krankheit ernsthaft die Frage zu stellen, ob dieser

Krankheit sinnvollerweise erlaubt werden sollte, fortzuschreiten und zur Todesursache zu werden. Und dies durchaus bereits zu einem Zeitpunkt, in dem das Leben grundsätzlich noch erträglich ist, also bevor eine Phase eintritt, in der die Patient*in sich dann möglicherweise wünscht, nicht mehr leben zu müssen und bereits tot zu sein. Solches Wahrnehmen der rechten Zeit, selbstbestimmt ins Sterben einzuwilligen, wird umso leichter gelingen, je mehr eine Person so intensiv und authentisch gelebt hat, dass sie ihren Lebenshunger stillen konnte und ihr Sterben nun dankbar als eine Form des Ab-dankens erleben kann.

Abschiedlich leben

Selbstbestimmt sterben kann, wer gelernt hat loszulassen. Und loslassen zu lernen kann man das ganze Leben lang üben: Loslassen von lieb gewordenen Dingen, Gedanken, Hoffnungen oder Beziehungen, um sich auf Neues, noch Unbekanntes einzulassen. Verena Kast hat diesen Aspekt unter dem Begriff des «abschiedlichen Lebens» popularisiert (2010) und dabei auf Vorstellungen des Philosophen Wilhelm Weischedel aus seiner «Skeptischen Ethik» zurückgegriffen, demzufolge die Grundhaltung der Abschiedlichkeit eine innere Freiheit vermittelt, «schon im Leben das Sterben zu lernen» (1980, S. -197). Wer solche Abschiedlichkeit schon im Verlauf des Lebens immer wieder einübt, wird wohl auch im Alter eher über die innere Freiheit verfügen, rechtzeitig, schon bevor alle Möglichkeiten der Lebensverlängerung ausgeschöpft sind, das Sterben bewusst und selbstbestimmt zuzulassen.

Sich mit dem Fragmentarischen zufrieden geben

Es fällt leichter, das eigene Sterben hinzunehmen, wenn man im Sinne einer Lebenskunst gelernt hat, sich mit dem Fragmentarischen des Lebens zufrieden zu geben; wenn man nicht meint, das Leben müsse sich noch vollkommen abrunden und zu einem geschlossenen Ganzen werden. Odo Marquard empfiehlt darum den Verzicht auf alle möglichen «Vollendungssillusionen», weil wir «stets mehr unsere Endlichkeit als unsere Vollendungen sind» und das auch sein dürfen; denn das Fragmentarische ist das allein menschengemässe Mass (Marquard, 2002, 51).

Hoffen auf das Unverfügbare

Die Zeiten sind vorbei, da Sterben von allen ganz selbstverständlich als Übergang in ein Jenseits verstanden wurde, von dem die christlichen Kirchen genaue Vorstellungen hatten, was man dabei zu erwarten habe. Heute gibt es eine Vielfalt von religiösen, psychologischen oder esoterischen Vorstellungen darüber, was uns jenseits der irdischen Grenze des Todes erwartet. Letztlich können wir gar nicht wissen, wie wir unser Totsein einmal erleben werden – wenn es da überhaupt noch etwas zu erleben und ein Wir gibt, das fähig wäre, etwas zu erleben.

Dennoch ist es nicht sinnlos, sich offen zu halten für eine Wirklichkeit, die uns unverfügbar bleibt und die wir uns nicht vorstellen können. Es kann Ausdruck einer aufgeklärten Lebenseinstellung und ein Ernstnehmen menschlichen Ausgerichtetseins auf Selbsttranszendenz hin sein, auf etwas zu hoffen, das wir nicht kennen müssen, aber auch nicht ausschliessen können – auf das Geheimnis einer Transformation in eine andere Gestalt von Wirklichkeit. Bewegend kommt solch eine Hoffnung auf eine verwandelte Existenz jenseits des Todes in den letzten Aufzeichnungen des an Krebs erkrankten Psychotherapeuten Martin Odermatt zum Ausdruck, wenn er gut zwei Monate vor seinem Tode schreibt: »Der Tod wird für mich mehr und mehr zum Geheimnis einer wunderbaren Freiheit, die sich

nirgendwo festklammert [...]. Ich brauche in dieser Zeit nicht zu wissen und zu wägen, ich brauche keine endgültigen Antworten auf die Geheimnisse der Existenz, ich brauche keine Routenkarte für den Weg nachher; es genügt mir die neugierige Hoffnung, dass sich mit dem Tod die innere Welt noch einmal unbegrenzt erweitert« (2005, S. 129). Es ist nicht zu bezweifeln, dass sich mit einer solchen Hoffnung leichter selbstbestimmt sterben lässt.

Eine kleine Übung

In Homers «Ilias», dem ältesten Zeugnis epischer Dichtung des Abendlandes, wird der Tod als Bruder des Schlafs vorgestellt: Hypnos (Schlaf) und Thanatos (Tod) sind beides Söhne der Nyx (Nacht). Diese Zuordnung von Schlaf und Tod greift die menschliche Erfahrung auf, dass der Schlaf darin dem Tod ähnlich ist, dass das wache Ich-Bewusstsein ausgeschaltet wird, dass der Mensch die Steuerung seines Lebens aus der Hand gibt, sich in einem Zustand weitgehender Passivität befindet und sich im Wachzustand nicht vorstellen kann, wie es im Schlafzustand sein wird. Der Philosoph Michael Theunissen hat darum den Schlaf als eine Form der Gegenwart des Todes mitten im Leben bezeichnet (1984, S. 116). Daraus leitet sich die kleine Übung ab, an der Schwelle von Tag und Nacht, von Wachen und Einschlafen sich die Endlichkeit des eigenen Lebens bewusst zu machen und sich vorzustellen, dass das bevorstehende Einschlafen das letzte, endgültige sein könnte, auf das kein Aufwachen mehr folgt. Diese Perspektive liegt denn auch manchen geistlichen Abendliedern oder Abendgebeten zugrunde, die das Sich-zu-Bette-Liegen als Bild für das Ins-Grab-gelegt-Werden verwenden (Rüegger, 2020, S. 116).

Einer, der ein solches Ritual einer *ars moriendi* pflegte, war Wolfgang Amadeus Mozart. Mit 31 Jahren – viereinhalb Jahre vor seinem frühen Tod – schrieb er in einem Brief vom 4. April 1787 an seinen Vater: «Da der Tod [...] der wahre Endzweck unsres Lebens ist, so habe ich mich seit ein paar Jahren mit diesem wahren, besten Freunde des Menschen so bekannt gemacht, dass sein Bild nicht alleine nichts Schreckendes mehr für mich hat, sondern recht viel Beruhigendes und Tröstendes! – Und ich danke meinem Gott, dass er mir das Glück gegönnt hat, mir die Gelegenheit [...] zu verschaffen, ihn als den Schlüssel zu unserer wahren Glückseligkeit kennenzulernen. – Ich lege mich nie zu Bette ohne zu bedenken, dass ich vielleicht (so jung als ich bin) den andern Tag nicht mehr sein werde» (1948, S. 332).

Selbstbestimmtes Sterben als Teil einer Lebenskunst

Dass selbstbestimmtes Sterben zu den Freiheiten, aber auch Zumutungen unseres modernen Gesundheitssystems geworden ist, lässt sich nicht leugnen. Umso erstaunlicher ist, dass dieses Faktum in seiner Bedeutung unter Mediziner*innen und schon gar in der breiten Bevölkerung noch wenig wahrgenommen und diskutiert wird. Sollen Menschen heute auf Augenhöhe mit der ihnen zur Verfügung stehenden Medizin leben und agieren können, wäre es an der Zeit, hier Bewusstseinsbildung zu betreiben. Dabei geht es, wie dieser Artikel darzulegen versucht, nicht nur um Fragen einer normativen Medizin-Ethik und deren zentrales Prinzip der Patient*innen-Autonomie, sondern ebenso um Fragen einer individuellen Lebenskunst im Umgang mit Sterben und Tod. Denn die grundlegende Lebenseinstellung, die eine Person in ihrer Biografie entfaltet, bestimmt mit, wie es ihr gelingen wird, sich gegenüber den Phänomenen von Sterben und Tod zu verhalten. Darum lohnt es sich, selbstbestimmtes Sterben bewusst auf dem Hintergrund einer Lebenskunst, genauerhin einer Lebenskunst

des Alterns (*ars senescendi*) zu reflektieren. Dass dies kaum je geschieht, ist zu bedauern, ist aber Anlass für die vorliegenden Ausführungen, die zu weiterem Nachdenken anregen mögen.

Literatur

- Ariès, Ph. (1987). *Geschichte des Todes* (3. Auflage). München: dtv
- Birnbacher, D. (2017). *Tod* (Grundthemen Philosophie). Berlin: de Gruyter
- Bosshard, G., Hurst, S. A. & Puhan, M. A. (2016). Medizinische Entscheidungen am Lebensende sind häufig. *Swiss Medical Forum*, 16 (42): 896-898
- Bosshard, G., Zellweger, U., Bopp, M., Schmid, M., Hurst, S. A., Puhan M. A. & Faisst, K. (2016), Medical End-of-Life Practices in Switzerland: A Comparison of 2001 and 2013. *JAMA Internal Medicine* 4 (176): 555f.
- Callahan, D. (1998). *Nachdenken über den Tod. Die moderne Medizin und der Wunsch, friedlich zu sterben*. München: Kösel
- De Chardin, T. (1962). *Der göttliche Bereich. Ein Entwurf des inneren Lebens*. Olten: Walter
- Dresske, St. (2012). *Ars moriendi nova – eine Kultur- und Gesellschaftstechnik der Sterbekontrolle*. In D. Schäfer, Ch. Müller-Busch & A. Frewer (Hrsg.), *Perspektiven zum Sterben. Auf dem Weg zu einer Ars moriendi nova?* (Ars moriendi nova, Bd. 2, S. 191-194). Stuttgart: Steiner
- Enders, M. (2014). Gibt es ein Schicksal für den Menschen? Systematische und historische Überlegungen zur Deutungskategorie des «Schicksals». In G. Maio (Hrsg.), *Abschaffung des Schicksals. Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizinisch-technischer Gestaltbarkeit* (3. Auflage, S. 49-77). Freiburg: Herder
- Erbguth, F. (2010). Art. «Medizin». In H. Wittwer, D. Schäfer & A. Frewer (Hrsg.), *Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik. Ein interdisziplinäres Handbuch* (S. 39-49). Stuttgart: Metzler
- Freud, S. (1946). *Zeitgemässes über Krieg und Tod* (GW X 324-355). London: Imago Publishing
- Fuchs, Th. (2016). Wollen können. Wille, Selbstbestimmung und psychische Krankheit. In Th. Moos, Ch. Rehmann-Sutter & Ch. Schües (Hrsg.), *Randzonen des Willens. Anthropologische und ethische Probleme von Entscheidungen in Grenzsituationen* (Praktische Philosophie kontrovers, Bd. 6, S. 43-61). Frankfurt a.M.: Lang
- Gawande, A. (2019). *Sterblich sein. Was am Ende wirklich zählt. Über Würde, Autonomie und eine angemessene medizinische Versorgung* (Fischer Taschenbuch 03437, 3. Auflage). Frankfurt: Fischer
- Gronemeyer R: (2007). *Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können*. Frankfurt a. M.: Fischer
- Gronemeyer, R. & Heller, A. (2014). *In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann*. München: Pattloch
- Gross, P. (2014). Altsein als Schicksal? In G. Maio (Hrsg.), *Abschaffung des Schicksals. Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizinisch-technischer Gestaltbarkeit* (3. Auflage, S. 368-382). Freiburg: Herder
- Heidegger, M. (2001). *Sein und Zeit* (18. Auflage). Tübingen: Niemeyer
- Höffe, O. (2021). Ethik. In M. Fuchs (Hrsg.), *Handbuch Alter und Altern. Anthropologie – Kultur – Ethik* (S. 135-142). Berlin: Metzler
- Huck, K. & Petzold, H. (1984). Death Education, Thanatagogik – Modelle und Konzepte. In I. Spiegel-Rösing & H. Petzold (Hrsg.), *Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Thanatotherapie* (Vergleichende Psychotherapie, Bd. 6, S. 501-576). Paderborn: Junfermann

- Illich, Ivan (2007). *Die Nemesis der Medizin: die Kritik der Medikalisierung des Lebens* (Beck'sche Reihe, Nr. 1104, 5. Auflage). München: Beck
- Kast, V. (2010). Abschiedlich existieren – sich einlassen und loslassen. In E. Frick & R. T. Vogel (Hrsg.), *Den Abschied vom Leben verstehen. Psychoanalyse und Palliative Care* (Münchner Reihe Palliative Care, Bd. 8, 2. Auflage, S. 104-116). Stuttgart: Kohlhammer
- Kast, V. (2017). *Altern – immer für eine Überraschung gut* (3. Auflage). Ostfildern: Patmos
- Kellehear, A. (2007). *A Social History of Dying*. Cambridge: Cambridge University Press
- Kunz, R. (2015). Wir haben verlernt, etwas geschehen zu lassen. In R. Panian & E. Ibello (Hrsg.), *Zu Ende denken. Worte zum Unausweichlichen* (S. 45-47). Villmergen: Erusbach
- Maio, G. (2012). *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer
- Maul, St. M. (Hrsg.) (2000). *Das Gilgamesch-Epos*. Neu übersetzt und kommentiert von Stefan M. Maul. München: Beck
- Marquard, O. (1981). Ende des Schicksals? Einige Bemerkungen über die Unvermeidbarkeit des Unverfügbaren. In ders., *Abschied vom Prinzipiellen. Philosophische Studien* (Reclams Universal-Bibliothek Nr. 7724). Stuttgart: Reclam
- Meissner, G. (2020). «Man muss es im Voraus besprechen». In T. Krones & M. Obrist (Hrsg.), *Wie ich behandelt werden will. Advance Care Planning* (S. 96-111). Zürich: rüffer & rub
- Mozart, W. A. (1948). *Briefe*. Zürich: Manesse
- Nager, F. (1998). *Gesundheit, Krankheit, Heilung, Tod. Betrachtungen eines Arztes* (3. Auflage). Luzern: Akademie 91
- Odermatt, M. (2005). *Ich wurde zu Sand und Wasser. Erfahrungen und Reflexionen an der Grenze zum Tod*. Zürich: NZN/TVZ
- Rentsch, Th. (2013). Alt werden, alt sein – Philosophische Ethik der späten Lebenszeit. In Th. Rentsch, H.-P. Zimmermann & A. Kruse (Hrsg.), *Altern in unserer Zeit. Späte Lebensphasen zwischen Vitalität und Endlichkeit* (S. 163-187). Frankfurt a. M.: Campus
- Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life (2022). *The Lancet*, 399 (10327), 837-884, doi: 10.1016/S0140-6736(21)02314-X
- Ricken, F. (2012). Ars moriendi – zu Ursprung und Wirkungsgeschichte der Rede von der Sterbekunst. In F.-J. Bormann & G. D. Borasio (Hrsg.), *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens* (S. 309-324). Berlin: De Gruyter
- Rieger, H.-M. (2013). *Gesundheit. Erkundungen zu einem menschen-angemessenen Konzept* (Forum Theologische Literaturzeitung, Bd. 29). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt
- Rössler, B. (2019). *Autonomie. Ein Versuch über das gelungene Leben* (suhrkamp taschenbuch wissenschaft 2274). Berlin: Suhrkamp
- Rüegger, H. (2006). *Das eigene Sterben. Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Rüegger, H. (2019). Sterben lernen. *NOVAcura* 1, 35-38
- Rüegger, H. (2023). *Lebenskunst des Alterns. Gerontologische und theologische Aspekte* (2. Auflage). Zürich: TVZ
- Rüegger, H. (2024). «Sterben ist gesund». Zu einem lebensfreundlichen Umgang mit unserer Endlichkeit. *NOVAcura* 55 (3), 53-55
- Rüegger, H. & Kunz, R. (2020). *Über selbstbestimmtes Sterben. Zwischen Freiheit, Verantwortung und Überforderung*. Zürich: rüffer & rub
- Steldinger, B. (2012). Behandlungsentscheidungen aus juristischer Sicht. In Ch. Fuchs, H. Gabriel, J. Raischl, H. Steil & U. Wohlleben (Hrsg.), *Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis* (Münchner Reihe Palliative Care, Bd. 9, S. 246-254). Stuttgart: Kohlhammer

- Theunissen, M. (1984). Die Gegenwart des Todes im Leben. In R. Winau & H. P. Rosemeier (Hrsg.), *Tod und Sterben* (S. 102-124). Berlin: De Gruyter
- Teising, M. (2017). *Selbstbestimmung zwischen Wunsch und Illusion. Eine psychoanalytische Sicht*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Weischedel, W. (1980). *Skeptische Ethik* (Suhrkamp Taschenbuch, 535). Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Dr. Heinz Rüeegger MAE, freischaffender Theologe, Ethiker und Gerontologe, freier Mitarbeiter des Instituts Neumünster (Zollikerberg/CH) und assoziiertes Mitglied des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich.
Anschrift: Im Ahorn 24, CH-8125 Zollikerberg, Tel. +41 52 232 17 23, E-Mail: h.rueegger@outlook.com | www.heinz-rueegger.ch

43'776 Anschläge mit Leerzeichen