

# Einführung: Imaginationen des Lebensendes

---

Katharina Fürholzer, Marcella Fassio & Johann-Christian Pöder

## 1. Einleitende Worte

»Als Ärztin und Palliativmedizinerin nehme ich am Leben und Sterben vieler Menschen teil. [...] Doch ich habe auch mein eigenes Leben, meine eigene Lebensgeschichte und meine ganz persönlichen Erfahrungen mit dem Tod in meiner Familie,«<sup>1</sup> so Petra Anwar in ihrem Buch *Was am Ende wichtig ist* (2014).

»Und das ist [...] etwas sehr anderes, denn es bedeutete einen Seitenwechsel vom Beruflichen ins Private, Privateste, in die unmittelbare Betroffenheit, und es macht die ganze Dimension dessen spürbar, was jedes Leben und Sterben ist: ein absoluter Einzelfall. Und genau das läuft man Gefahr zu vergessen, wenn man täglich mit dem Leid anderer zu tun hat.«<sup>2</sup>

Wie aus Anwars Reflexionen deutlich hervorklingt, ist der Tod beständiger Begleiter des ärztlichen Alltags.<sup>3</sup> Mal ist es die schiere Zahl an sterbenden Patient\*innen, mit denen sich nicht zuletzt Ärzt\*innen in der Palliativ- und Hospizmedizin konfrontiert sehen, mal gilt es, Betroffenen eines besonders qualvollen, tragischen oder unerwarteten Lebensendes beizustehen, mal

---

1 Anwar, Petra/von Düffel, John: *Was am Ende wichtig ist. Geschichten vom Sterben*, München: Piper 2014, S. 191.

2 Ebd.

3 Krankenhäuser gehören heute (nicht nur) in Deutschland zu den häufigsten Sterbeorten, vgl. z.B. Dasch, Burkhard/Zahn, Peter: »Sterbeorttrend und Häufigkeit einer ambulanten Palliativversorgung am Lebensende«, in: Deutsches Ärzteblatt International 118 (2021), S. 331–338. Die berufliche Konfrontation von Ärzt\*innen mit dem Tod unterliegt dem historischen Wandel; für einen umfassenden Überblick über die Entwicklung der Beziehung von Medizin und Tod im Laufe der Jahrhunderte siehe Schäfer, Daniel: *Der Tod und die Medizin. Kurze Geschichte einer Annäherung*, Berlin/Heidelberg: Springer 2015.

müssen die richtigen Worte für das Überbringen einer terminalen Diagnose oder Todesnachricht gefunden werden. Die Versorgung sterbender und verstorbener Patient\*innen, auch die fürsorgende Auseinandersetzung mit Angehörigen und Hinterbliebenen, erfordert von Ärzt\*innen eine hohe Sensibilität für fremde wie auch eigene Bedürfnisse. Wie der Medizinhistoriker Daniel Schäfer betont: »Die richtige Rolle in der Begegnung mit Sterbenden zu finden, gehört zu den schwierigsten Aufgaben eines Arztes, denn neben Professionalität, Kommunikation und Empathie ist nicht zuletzt auch eine Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit notwendig.«<sup>4</sup> Der ärztliche Umgang mit Tod und Toten<sup>5</sup> kann so professionelle wie persönliche Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit, auf Alter(n), Sterben und Tod nachhaltig beeinflussen. Um aus einer jüngst erschienenen Studie der Medizinethikerin Anna-Henrikje Seidlein et al. zu zitieren:

»Der Tod konfrontiert wie kein anderes Ereignis die Heilberufler mit ihren persönlichen Vorerfahrungen und Erwartungen über die Ordnung der Welt, mit ihren Annahmen über Leben und Tod. Er kann sie auch zutiefst erschüttern und eine Neuorientierung und/oder alternative Deutungen erforderlich machen, z.B. dann, wenn junge Menschen sterben, obwohl ältere Menschen zuerst sterben sollten oder dann, wenn liebe Patient\*innen starken Schmerz und Leid erfahren (Chan et al. 2016). So wird der Tod zu einem Antrieb, existenzielle Fragen zu stellen (Was ist der Sinn von Leiden und Tod?), zu reflektieren und (neu) zu beantworten und im Resultat einen persönlichen und/oder professionellen ›Musterwechsel‹ vorzunehmen.«<sup>6</sup>

---

4 D. Schäfer, *Der Tod und die Medizin*, S. 145.

5 Für philosophische Überlegungen zu diesen so nahen, aber dennoch nicht als synonym zu verstehenden Begriffen siehe Rehbock, Theda: »Der Tod und die Toten – philosophisch betrachtet«, in: Christoph Rehmann-Sutter (Hg.), *Was uns der Tod bedeutet*, Berlin: Kadmos 2018, S. 31–44.

6 Seidlein, Anna-Henrikje et al.: »Todesvorstellung in Heilberufen – eine systematische Literaturrecherche der gelebten Erfahrungen von Gesundheitsfachkräften«, in: Martin W. Schnell/Christian Schulz-Quach/Christine Dunger (Hg.), *Todesvorstellungen von Heilberuflern. Methoden der Literaturzusammenfassung*, Wiesbaden: Springer 2024, S. 37–82, hier S. 63; unter Verweis auf Chan, W. C. H. et al.: »Impact of Death Work on Self: Existential and Emotional Challenges and Coping of Palliative Care Professionals«, in: *Health and Social Work* 41 (2016), S. 33–41. Todesvorstellungen können sich dabei auch unmittelbar auf den Umgang mit Patient\*innen und Angehörigen auswirken, siehe hierzu etwa Schnell, Martin W./Schulz-Quach, Christian/Dunger, Christine: »Vorwort«, in: dies., *Todesvorstellungen von Heilberuflern* (2024), S. V–VIII, hier S. VII.

Doch wie genau wirkt sich diese berufliche Konfrontation mit dem Tod auf ärztliche Vorstellungen des Lebensendes aus, sei es im abstrakten oder – etwa im zunehmenden Alter oder im Falle einer eigenen Krankheitsdiagnose – konkreten Sinne? Wie werden Alter(n), Sterben und Tod von Ärzt\*innen imaginiert, welche Ängste und Hoffnungen, welche Erwartungen und Einstellungen an das (eigene) Lebensende geknüpft, und inwiefern werden hierbei ex- oder implizit Bezüge zur beruflichen Erfahrungswelt hergestellt? Und welche Texte erlauben uns überhaupt Aufschluss über ärztliche Imaginationen des Lebensendes? In welcher (Text-)Form setzen sich Ärzt\*innen also etwa selbst mit dem Lebensende auseinander, wie wird diese Auseinandersetzung konstruiert und narrativiert, mit welchen textuellen und stilistischen Mitteln, mit welchen (Sprach-)Bildern? Inwiefern erlauben wiederum (biografische oder auch fiktionale) Außenperspektiven auf Ärzt\*innen bzw. ärztliche Figuren eine Annäherung an obige Fragestellungen? Und welche Bedeutung haben all diese verschiedenen Quellen für individuelle oder auch öffentliche Wahrnehmungen von Patient\*innen und Ärzt\*innen, wie auch von Alter(n), Sterben und Tod?

Die hier gestellten Fragen betreffen nicht nur einzelne Disziplinen. Entsprechend förderlich scheint es, diese im fach- wie auch theorie- und praxisübergreifenden Dialog zu diskutieren. Dieser Überzeugung folgend gibt der im interdisziplinären Forschungsfeld der Medical Humanities verankerte Sammelband *Imaginationen des Lebensendes* Perspektiven sowohl aus Geisteswissenschaften (Literatur-, Sprach-, Kulturwissenschaft, Philosophie) als auch Gesundheitswissenschaften (Medizin, Medizingeschichte, Medizinethik) Raum. Bedingt durch das leitende Interesse an den Quellen, die Aufschluss über ärztliche Vorstellungen des Lebensendes gewähren, wird dabei ein möglichst breites Spektrum an Textsorten in den Blick genommen. Als Analysegrundlage dienen so zum einen fiktionale Werke (v.a. Romane, Gedichte), zum anderen faktuale, also nicht-fiktionale Quellen, wobei hier sowohl biografische bzw. autobiografische Formate als auch autofiktionale Mischformen für Untersuchungen herangezogen werden. Bei den dabei zu Wort kommenden Ärzt\*innen handelt es sich dementsprechend gleichermaßen um reale (historische bzw. gegenwärtige) Personen und fiktiven Figuren.

Der vorliegende Band ist hervorgegangen aus der von den Herausgeber\*innen veranstalteten Tagung »Ärztliche Imaginationen des Lebensendes. Faktuale und fiktionale Konzeptionen des eigenen Alter(n)s, Sterbens und Todes«, die vom 7.–8.12.2023 an der Universität Rostock stattfand. Für ihre tatkräftige Unterstützung der Tagung und Publikation gilt der herzliche Dank der Herausgeber\*innen Herrn Lucas Milling und Frau Nathalie Oehme.

## 2. Begriffsbestimmungen

Um ein besseres Verständnis davon zu vermitteln, was Fokus und Ziel unserer Untersuchungen ist, sei im Folgenden kurz skizziert,<sup>7</sup> wie die zentralen Schlagworte des subsumierenden Titels *Imaginationen des Lebensendes. Ärztliche Auseinandersetzungen mit Tod und Sterblichkeit* im Rahmen dieses Bandes primär verwendet werden.

### 2.1 Arzt/Ärztin

Der Begriff des ›Ärztlichen‹ umfasst im Folgenden sowohl angehende als auch erfahrene, niedergelassene wie klinisch tätige Ärzt\*innen, und schließt alle identitätsstiftenden Faktoren – z.B. hinsichtlich Geschlecht,<sup>8</sup> Ethnie, Religion und dergleichen – ein. Wiewohl etwa Palliativ- und Hospizmedizin, Gerontologie und Onkologie oder auch Intensiv- und Notfallmedizin in besonders hohem Maße für die Versorgung sterbender bzw. verstorbener Menschen Verantwortung übernehmen, macht der Tod vor anderen Fachbereichen nicht Halt. Von daher werden in diesem Band auch keine Einschränkungen bei den berücksichtigten medizinischen Fachbereichen getroffen.

Die Frage, wie sich die berufliche Konfrontation mit dem Lebensende auf Mitarbeiter\*innen im Gesundheitswesen auswirken kann, ist nun natürlich keine, die lediglich Ärzt\*innen betrifft. Pflegekräfte, Therapeut\*innen, MFAs, MTAs oder Seelsorgende sind nur einige weitere der vielen Berufsgruppen, die ebenfalls für Sterbende, Tote und Hinterbliebene Sorge tragen. Dass dieser Band dennoch exklusiv auf *ärztliche* Perspektiven auf das Lebensende fokussiert ist, hat verschiedene Gründe: So werden (angehende) Ärzt\*innen zwar darin geschult, sich im Kontext des Todes der Bedürfnisse anderer (Patient\*innen, Angehöriger) anzunehmen;<sup>9</sup> im Unterschied zu anderen klinischen Berufsgruppen wie der Pflege, die ebenfalls in hohem Maße mit dem Tod in Kontakt kommen, spielt Selbstfürsorge (z.B. Umgang mit Patientenverlust, Spre-

<sup>7</sup> Für umfassendere Ausführungen siehe auch Kap. 3.1 dieser Einführung.

<sup>8</sup> Es sei an dieser Stelle aber darauf hingewiesen, dass der Begriff des ›Arztes‹ historisch stark männlich geprägt ist; die Bedeutung des Geschlechts für ärztliche Auseinandersetzungen mit dem Lebensende wird in verschiedenen Beiträgen dieses Bandes auch explizit thematisiert (vgl. z.B. der Beitrag von Daniel Schäfer).

<sup>9</sup> Was aber nicht bedeutet, dass sich Ärzt\*innen und andere Gesundheitsfachkräfte auf den Tod als solches gut vorbereitet fühlen (vgl. hierzu Seidlein et al., Todesvorstellung in Heilberufen, S. 64).

chen über den Tod) in der ärztlichen Ausbildung und Praxis jedoch bislang eine eher untergeordnete Rolle<sup>10</sup> und wurde erst 2017 durch den Weltärztekongress hervorgehoben, wenn es in der Deklaration von Genf heißt: »Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeit achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können«.<sup>11</sup>

Die nach wie vor relativ eingeschränkte *institutionelle* Reflexion, welche Bedeutung dem (fremden) Tod für Ärzt\*innen zukommen kann, steht in gewissem Kontrast zur Fülle an *individuellen* Auseinandersetzungen mit dieser Thematik<sup>12</sup> – wobei sich auch hier ein Unterschied zu anderen klinischen Berufen feststellen lässt: So findet sich auf dem Buchmarkt verhältnismäßig wenig Literatur über etwa *pflegerische oder seelsorgerische* Imaginationen des Lebensendes, wohingegen ein äußerst breites Spektrum sowohl fiktionaler als auch faktueller Quellen Einblick darin gibt, wie die berufliche Konfrontation mit dem Tod *ärztliche* Einstellungen, Ängste und Wünsche bezüglich des (eigenen) Le-

- 
- 10 Vgl. z.B. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (Hg.): Forschungsergebnisse der Studie »Sterbebegleitung in Sachsen«. Arbeits- und Belastungssituationen der Pflegenden und Ärzte, Hamburg: bgw forschung 2005; Gottfried, Kristina/Kurz, Sandra: »Wahlfach»Sinnhaftigkeit und Selbstfürsorge im Klinikalltag«, in: AINS. Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie 58 (2023), S. 56–59. Für andere (westliche) Ausbildungssysteme vgl. z.B. Williams, Cynthia/Wilson, Cindy C./Olsen, Cara H.: »Dying, Death, and Medical Education. Student Voices«, in: Journal of Palliative Medicine 8 (2005), S. 372–381. Zur Pflege siehe im Vergleich z.B. Barion, Sandra: Überlastung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, Hamburg: Diplomica 2017; Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz: Rahmenlehrpläne, o.O. <sup>2</sup>2020.
- 11 Weltärztekongress: Deklaration von Genf. Das ärztliche Gelöbnis, [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/pdf-Ordner/International/bundesaerztekammer\\_deklaration\\_von\\_genf\\_o4.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/International/bundesaerztekammer_deklaration_von_genf_o4.pdf) [18.10.2024]. Man beachte an dieser Stelle, dass die Notwendigkeit der *Selbst*-Fürsorge im Ärztlichen Gelöbnis dadurch begründet (man möchte fast sagen: legitimiert) wird, dass diese eine Voraussetzung für die eigentlich im Vordergrund stehende *Fremd*-Fürsorge (für die Patient\*innen) darstellt. Zugespitzt scheint Selbstfürsorge hier also nicht deklariert als Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck.
- 12 Trotz der Fülle entsprechender fiktionaler und faktueller Quellen steht deren systematische Erschließung – etwa hinsichtlich ihrer Formen und Funktionen, auch ihrer Bedeutung für Geisteswissenschaften, Gesundheitswissenschaften und Gesellschaft – weitgehend aus.

bensendes prägen – was sowohl die Relevanz dieser Thematik für Ärzt\*innen als auch ihre Sensibilität hierfür deutlich macht.<sup>13</sup>

## 2.2 Lebensende

›Lebensende‹ dient in vorliegendem Band als Sammelbegriff, der verschiedene Phasen und Prozesse im Kontext des Alters bzw. Alterns, des Sterbens und des Todes einschließt, unabhängig davon, ob letztere durch das Alter, durch physische oder durch psychische bzw. psychiatrische Krankheiten und Krisen bedingt sind. Wie das Lebensende selbst entziehen sich auch diese drei über den Untertitel dieses Buches hervorgehobenen Schlagwörter – Alter(n), Sterben und Tod – einfacher oder einheitlicher Definitionen. Der Begriff des Alters etwa kann bezogen sein auf das chronologische Alter (die numerische Gesamtheit der gelebten Jahre), das biologische Alter (körperliche Stärke, Gesundheit und Vitalität), das soziale Alter (die kulturell konstruierten Verhaltensweisen, die mit einem chronologischen Alter verknüpft sind) oder das individuelle Alter (unser eigenes Selbstbild).<sup>14</sup> Auch Alterungsprozesse sind natürlich keinesfalls homogen. Wie sich diese konkret vollziehen und wie Alter und Altern individuell und kollektiv wahrgenommen werden, unterliegt einem komplexen Zusammenspiel von unter anderem biologischen Faktoren (genetische Unterschiede, zelluläre Prozesse, individuelle Krankheit- und Gesundheitszustände etc.), historischen und soziokulturellen Aspekten (etwa Zugang zu Gesundheitsversorgung, Bildungsgrad, finanzielle Möglichkeiten), Umwelteinflüssen (z.B. Ernährung, Lebensstil, auch geografischen bzw. klimatischen Bedingungen) und dergleichen.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> Was in keiner Weise bedeutet, dass anderen Berufsgruppen eine solche Sensibilität abgesprochen werden darf; festgehalten werden kann ausschließlich, um dies explizit zu betonen, dass entsprechende literarische oder (auto-)biografische Perspektiven auf dem derzeitigen Buchmarkt schlicht weniger stark repräsentiert sind. Für eine empirische Studie zu Todesvorstellungen von Gesundheitsberufler\*innen im weiteren Sinne sei an dieser Stelle stattdessen verwiesen auf die jüngst erschienene, insbesondere über die emotionale Bewertung des Todeserleben informierende Studie von Seidlein et al., *Todesvorstellung in Heilberufen*.

<sup>14</sup> Vgl. Deats, Sara Munson/Lenker, Lagretta Tallent: »Introduction«, in: Sara Munson Deats/Lagretta Tallent Lenker (Hg.), *Aging and Identity. A Humanities Perspective*, Westport: Praeger Publishers 1999, S. 1–20, hier S. 9.

<sup>15</sup> Für weiterführende Lektüren sei aus der umfassenden Forschungsliteratur zu Alter und Altern exemplarisch verwiesen auf Staudinger, Ursula M./Häfner, Heinz (Hg.): *Was ist Alter(n)? Neue Antworten auf eine scheinbar einfache Frage*, Berlin/Heidelberg: Springer

Auch die Termini ›Sterben‹ und ›Tod‹ sind mitnichten als eindeutig zu verstehen und werden bis heute hitzig diskutiert<sup>16</sup> (man denke exemplarisch an spaltende Debatten wie jene um Herz- vs. Hirntod oder auch die anhaltenden Kontroversen um Sterbehilfe<sup>17</sup>). Um dennoch eine gemeinsame Terminologie zu ermöglichen, mit welcher weiter operiert werden kann, sei an dieser Stelle folgende begriffliche Abgrenzung des Philosophen Héctor Wittwer zitiert:

»Zu unterscheiden sind ›Sterben‹, ›Tod‹ und ›Totsein‹. Der Begriff des Sterbens bezeichnet den Ausfall der so genannten Lebensfunktionen. Dieser kann schrittweise oder plötzlich erfolgen. Wenn die Vitalfunktionen nicht augenblicklich, sondern, wie es häufig der Fall ist, nach und nach ausfallen, kann zwischen zwei Phasen des Sterbens unterschieden werden. In der ersten Phase ist das Aussetzen der Lebensfunktionen noch umkehrbar, in der zweiten Phase hingegen irreversibel. In jedem Fall bildet das Sterben einen zeitlichen Abschnitt des Lebens. Der Begriff ›Tod‹ bezeichnet hingegen den Moment, in dem ein Leben endet, das heißt den Zeitpunkt, zu dem ein Organismus auf unumkehrbare Weise aufhört, sich als ein Ganzes selbst zu organisieren und sich dadurch eigenständig zu erhalten. Diese Begriffsbestimmung ist unabhängig davon, mittels welchen Kriteriums das Eintreten des Todes festgestellt wird. Als ›Totsein‹ soll schließlich der Zustand eines organischen Körpers bezeichnet werden, der zuvor lebendig war, also –

---

ger 2008; Abdulla, Aza/Rai, Gurcharan S. (Hg.): *The Biology of Ageing and its Clinical Implications. A Practical Handbook*, London: Taylor & Francis 2012; Rensing, Ludger/Rippe, Volkhard: *Altern. Zelluläre und molekulare Grundlagen, körperliche Veränderungen und Erkrankungen, Therapieansätze*, Berlin/Heidelberg: Springer 2014; Schwenda, Mark/Coors, Michael/Bozzaro, Claudia (Hg.): *Aging and Human Nature. Perspectives from Philosophical, Theological, and Historical Anthropology*, Cham: Springer 2020; Fuchs, Michael: *Handbuch Alter und Altern. Anthropologie – Kultur – Ethik*, Stuttgart: Metzler 2021.

- 16 Für weiterführende Literatur siehe etwa Anderheiden, Michael/Eckart, Wolfgang Uwe (Hg.): *Handbuch Sterben und Menschenwürde*, Bd. 1, Berlin: de Gruyter 2012, v.a. Abschnitt 1; Esser, Andrea M./Kerstin, Daniel/Schäfer, Christoph G.W. (Hg.): *Welchen Tod stirbt der Mensch? Philosophische Kontroversen zur Definition und Bedeutung des Todes*, Frankfurt a.M./New York: Campus 2012; D. Schäfer: *Der Tod und die Medizin*; Trachsel, Manuel/Maercker, Andreas: *Lebensende, Sterben und Tod*, Göttingen: Högrefe 2016, v.a. Kap. 1; Wittwer, Héctor/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hg.): *Handbuch Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik*, Berlin: Metzler 2020.
- 17 Man beachte hierzu in unserem Kontext auch den Beitrag des Neurologen und Psychiaters Johann F. Spittler, dessen Vortrag auf der diesem Band zugrunde liegenden Tagung starke Reaktionen und auch emotional geführte Diskussionen ausgelöst hat.

bezogen auf Menschen – der Zustand einer Leiche. ›Sterben‹ bezeichnet also einen Prozess, ›Tod‹ ein Ereignis und ›Totsein‹ einen Zustand.<sup>18</sup>

Wie sehr wir uns nun begrifflich an all diese Phänomene annähern können, so sehr entzieht sich gerade der Tod, dieser große Unbekannte, letztlich unserem Verständnis. Und so individuell ein Leben, so individuell ist auch sein Ende. Mancher Tod kommt überraschend, mancher ist erwartete Folge einer langen Krankheitsgeschichte, manches Ende ist gefürchtet, manches ersehnt, eine Erlösung für Sterbende und vielleicht auch ihr Umfeld. Dabei ist es nicht zuletzt die Beobachtung des Anderen, die unsere Vorstellungen des Lebensendes prägen – wie Corina Caduff nüchtern konstatiert: »Dass wir sterben müssen, wissen wir allein deswegen, weil andere sterben.«<sup>19</sup>

### 2.3 Imagination

Dies führt uns zum letzten zentralen Schlagwort dieses Buches: der Imagination. Trotz der dominanten Stellung dieses Begriffs für den vorliegenden Band, geht es im Folgenden nicht vorrangig darum, einen theoretisch orientierten Beitrag zur Imaginationsforschung zu leisten.<sup>20</sup> ›Imagination‹ dient stattdessen primär als heuristischer Brückenbegriff, der es den hier versammelten, aus

---

18 Wittwer, Héctor: »Der Leichnam aus Sicht der Philosophie«, in: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 56 (2008), S. 97–117, hier S. 100–101 (Herv. i. O.).

19 Caduff, Corina: Sterben und Tod öffentlich gestalten. Neue Praktiken und Diskurse in den Künsten der Gegenwart, Paderborn: Brill 2022, S. 39.

20 Allgemein einführende Überblickswerke über Theorien zur Imagination sind verhältnismäßig rar; für (durchaus sehr unterschiedlich gelagerte) weiterführende Zugänge hierzu sei zumindest verwiesen auf Behrens, Rudolf (Hg.): Ordnungen des Imaginären. Theorien der Imagination in funktionsgeschichtlicher Sicht, Hamburg: Meiner 2002; Wagoner, Brady/Brescó de Luna, Ignacio/Awad, Sarah H. (Hg.): The Psychology of Imagination. History, Theory, and New Research Horizons, Charlotte: Information Age Publishing 2017; Gregorio, Serena/Reuter, Gerson/Vogel, Matthias/Werner, Christiana (Hg.): Geist und Imagination. Zur Bedeutung der Vorstellungskraft für Denken und Handeln, Berlin: Suhrkamp 2024. Für einen literaturwissenschaftlichen Zugriff siehe insbesondere Iser, Wolfgang: Das Fiktive und das Imaginäre. Perspektiven literarischer Anthropologie, Berlin: Suhrkamp 1991; ferner auch Jean-Paul Sartre: Das Imaginäre. Phänomenologische Psychologie der Einbildungskraft [1940], übers. v. Hans Schöneberg, Reinbek b.H.: Rowohlt 1971. Für eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Imaginationsbegriff im Kontext dieses Sammelbandes vgl. auch den Beitrag von Alma K. Barner.

ganz unterschiedlichen (von je eigenen Technolekten und Jargons geprägten) Fachkulturen erlaubt, die zwei wesentlichen Interessen unseres Bandes – welche Vorstellungen haben Ärzt\*innen vom Lebensende und wie werden diese Vorstellungen zum Ausdruck gebracht – auch sprachlich miteinander zu verbinden:

Zum einen bezieht sich der Terminus der ›Imagination‹ also auf die Frage, wie sich Ärzt\*innen das Lebensende – Alterungsprozesse, das Alter als solches, die Sterbephase, den Eintritt des Todes und das, was danach kommen mag – vorstellen, ob sie mit dem Lebensende also etwa spezifische (diffuse oder konkrete) Assoziationen, Bilder, Stereotypien verknüpfen, welche Erwartungen, Ängste oder Sorgen, vielleicht auch Hoffnungen der Gedanke an das Lebensende in ihnen auslöst. Wie hier bereits erkennbar, steht der Imaginationsbegriff in Nähe zum Begriff der Vorstellung. Mit ›Vorstellung‹ meinen wir nun für gewöhnlich etwas, das in enger Verbindung zu individuellen, soziokulturellen oder auch beruflichen – hier: ärztlichen – Erfahrungen oder Konzepten (wie jenen von Alter(n), Sterben und Tod) steht. Eine Vorstellung lässt sich hier definieren als geistige Repräsentation des Erlebten, der Realität.

Auch Imaginationen können sich nun aus realen Erfahrungen speisen – sie können aber auch über sie hinausgehen.<sup>21</sup> Mehr noch als das Konzept der Vorstellung steht die Imagination (gerade im Kontext der Literatur und Literaturwissenschaft) so auch für die Hervorbringung von Neuem, Alternativem, auch Fiktivem.<sup>22</sup> Den Aspekt des Bildhaften trägt die Imagination dabei nicht von ungefähr im Namen (vgl. lat. *imago* = Bild), werden mit ihr doch beispielsweise auch symbolische oder metaphorische Prozesse assoziiert, durch welche

---

21 Man beachte beispielhaft Daniel Jacobs Definition von Imagination als »ein Ereignis auf der Ebene des Gedanklichen ohne zugehöriges referenzielles Substrat (also ohne Bezug auf ›Realität‹ oder unmittelbare Erfahrung)« (Jacob, Daniel: »Imagination«, in: *Kodikas/Code. Ars Semeiotica* 37.1-2 (2014), S. 3–19, hier S. 6). Zum Verhältnis von Imagination und Erfahrung im Kontext der Literatur siehe in diesem Zusammenhang etwa auch Bernard, Andreas: »Imagination und Erfahrung. Überlegungen zur Poetik der Gegenwart«, in: *Deutsche Vierteljahrsschrift für Literaturwissenschaft und Geistesgeschichte* 97 (2023), S. 1163–1169.

22 Ohne, dass das Imaginäre hierbei als Synonym verstanden werden darf; zur Differenzierung von Imaginärem, Realem und Fiktivem siehe v.a. Iser: *Das Fiktive und das Imaginäre*; siehe in diesem Zusammenhang auch Klinkert, Thomas: »Zum Stellenwert der Imagination und des Imaginären in neueren Fiktionstheorien«, in: *Kodikas/Code. Ars Semeiotica* 37.1-2 (2014), S. 55–67.

zugleich neue bzw. alternative (kollektive oder individuelle) Bedeutungen erschaffen werden können. Damit sind wir an der zweiten Ebene unseres Interesses angelangt, nämlich von den *Vorstellungen* des Lebensendes zu ihren *Konzeptionen*, bei der Frage also, in welcher Weise Vorstellungen des Lebensendes überhaupt zum Ausdruck gebracht, wie sie repräsentiert und inszeniert werden, in welcher Form und mit welcher Funktion. Im Unterschied zu spezifizierenden Begriffen wie etwa dem der Narration oder Poetisierung erlaubt der weit gefasste Begriff der Imagination dabei den (vergleichenden) Blick auf unterschiedliche Gattungen und Textsorten, ermöglicht Annäherungen an den Raum des Realen und des Fiktionalen wie auch an die Grauzonen zwischen diesen Polen.

In diesem Sinne verwendet, als Brücke zwischen realweltlicher Erfahrung und geistiger Repräsentation, aber auch Realität und Fiktion, dient der Imaginationsbegriff so im Folgenden als Hilfsmittel, um den unterschiedlichen Vorstellungs- wie auch Ausdrucksformen, Darstellungsweisen und Deutungen des Lebensendes im fachübergreifenden Diskurs nachzuspüren.

### 3. Kontextualisierung

#### 3.1 Medizinische Wahrnehmungen und Behandlungen des Lebensendes im Laufe der Zeit

Der medizinische Blick auf das Lebensende unterliegt dem jeweiligen historisch-kulturellen Kontext. Im vorliegenden Band liegt der Fokus zur besseren Vergleichbarkeit auf europäischen Gesundheitssystemen, mit einem Schwerpunkt auf dem 19.–21. Jahrhundert. Diese historische Eingrenzung kommt auch deswegen zustande, da Ärzt\*innen bis in das 18. Jahrhundert hinein wenig Berührungspunkte mit dem Sterben ihrer Patient\*innen hatten:

»In der Vormoderne hatten Ärzte nichts mit dem Verstorbenen, mit der Feststellung des Todes oder mit den beim Tod praktizierten Ritualen zu tun. Entscheidender als die Klärung eines ›exakten‹ Todeszeitpunktes oder der Todescharakteristika waren religiös oder kulturell begründete rituelle Hand-

lungen beim Sterben und im Tod wie etwa die Vornahme von Waschungen und Reinigungen [...].<sup>23</sup>

Erst im Laufe des 18. Jahrhunderts kommt es, begründet durch die Aufklärung, zu einer »Hinwendung der Medizin zum Tod in Form von Äußerungen und Positionen zum Todeszeitpunkt und zu Todeszeichen«.<sup>24</sup> Durch die fortschreitende Medikalisierung des Todes<sup>25</sup> erhält die »Medizin fortan die Deutungsmacht über den Tod wie auch – zusammen mit der Pflege – die Zuständigkeit für den sterbenden Patienten«.<sup>26</sup> Das Sterben findet nun zunehmend nicht mehr zu Hause, sondern vor allem im Krankenhaus oder Pflegeheim statt.<sup>27</sup> Damit verändert sich auch das ärztliche Selbstbild.<sup>28</sup>

Zugleich wandelt sich, bedingt durch wachsende Kenntnisse über den menschlichen Körper und eine fortschreitende Technisierung, der Blick auf den Sterbeprozess und Todeszeitpunkt. Während bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts »der Stillstand des Kreislaufs und der Atmung bereits vor dem Einsetzen der Zeichen der Verwesung als Zeichen des Todes [galt]«<sup>29</sup>, wurden in den 1950er Jahren, »[z]eitgleich mit der Reanimation [...] auch längerfristige maschinelle Beatmungsformen etabliert, die zu neuen Herausforderungen für die Konzepte vom ›Sterben und Tod des Menschen‹ führten: Bei einem Absterben des Gehirns infolge primärer oder sekundärer Hirnerkrankungen konnte der nachfolgende ›natürliche‹ Stillstand der gehirngesteuerten Atemfunktion mit konsekutivem ›Herz-Kreislaufversagen‹ durch eine maschinelle Beatmung aufgehalten werden.«<sup>30</sup> So wird derzeit nach Beschluss der Bundesärztekammer »[m]it der Feststellung des endgültigen, nicht beherrschbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des

---

23 Erbguth, Frank: »Medizin«, in: Wittwer/Schäfer/Frewer, Sterben und Tod (2020), S. 51–62, hier S. 57.

24 Ebd., S. 58.

25 Zur Medikalisierung des Todes vgl. Ariès, Philippe: Geschichte des Todes, aus dem Französischen von Hans-Horst Henschen und Una Pfau, München [u.a.]: Hanser 1980.

26 Groß, Dominik/Grande, Jasmin: »Sterbeprozess – medizingeschichtlich«, in: Wittwer/Schäfer/Frewer, Sterben und Tod (2020), S. 89–96, hier S. 91.

27 Vgl. F. Erbguth, »Medizin«, S. 61; Fischer, Norbert: »Sterben und Tod in der Neuzeit«, in: Wittwer/Schäfer/Frewer, Sterben und Tod (2020), S. 8–17, hier S. 14.

28 Vgl. Beitrag von Daniel Schäfer im vorliegenden Band.

29 F. Erbguth, »Medizin«, S. 54.

30 Ebd.

Hirnstamms (irreversibler Hirnfunktionsausfall) [...] naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt«.<sup>31</sup>

### 3.2 Diagnostik, Therapieentscheidungen, Palliativmedizin

Das Lebensende umfasst aber nicht (nur) den Todeszeitpunkt, sondern es umschreibt das Sterben als einen Prozess und damit »die letzte Phase des Lebens eines organischen Individuums, in der die Lebensfunktionen unumkehrbar zu einem Ende kommen. Der Sterbeprozess kann sich allmählich oder als plötzliches Versagen lebenswichtiger Organsysteme vollziehen [...].«<sup>32</sup> Vollzieht sich der Sterbeprozess allmählich, wie es bei terminalen Erkrankungen der Fall ist, lässt sich allerdings noch weiter differenzieren. So wird in der Palliativmedizin zwischen der ›Rehabilitationsphase‹, die aus Monaten, selten auch aus Jahren bestehen kann, der ›Terminalphase‹, in der die Aktivität eingeschränkt ist, und der ›Finalphase‹, die wenigstens die letzten 72 Stunden umfasst, unterschieden.<sup>33</sup> Gerade in der Weiterentwicklung von lebensverlängernden Maßnahmen erhält die Palliativmedizin als Sterbebegleitung, die das Wohlergehen der Patient\*innen (nicht die Gesundung oder Lebensverlängerung um jeden Preis) im Blick hat, eine besondere Bedeutung.<sup>34</sup> Dies schlägt sich auch auf gesetzlicher Ebene nieder. So wurde im November 2015 das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) im Deutschen Bundestag verabschiedet, womit Palliative Care ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Sterbebegleitung Bestandteil des Versorgungsauftrages der Pflegeversicherung wurde.

- 
- 31 Bundesärztekammer: Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG, Fünfte Fortschreibung, 2022, S. 2, [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/The\\_men/Medizin\\_und\\_Ethik/RichtlinieIHA\\_FuenfteFortschreibung.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/The_men/Medizin_und_Ethik/RichtlinieIHA_FuenfteFortschreibung.pdf) [18.10.2024].
- 32 D. Groß/J. Grande, »Sterbeprozess – medizingeschichtlich«, S. 89.
- 33 Wittkowski, Joachim/Schröder, Christina (Hg.): Angemessene Betreuung am Ende des Lebens. Barrieren und Strategien zu ihrer Überwindung, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2008, S. 9.
- 34 Vgl. Beitrag von Kirsten Brukamp. Zu den Aufgaben von Palliative Care vgl. Kränzle, Susanne/Schmid, Ulrike/Seeger, Christa (Hg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, Berlin/Heidelberg: Springer 2018. Aus medizinhistorischer Perspektive vgl. auch Nolte, Karen: Todkrank. Sterbebegleitung im 19. Jahrhundert. Medizin, Krankenpflege und Religion, Göttingen: Wallstein 2016.

Hieran zeigt sich, dass das Lebensende nicht nur ein rein medizinisch-naturwissenschaftlicher Vorgang ist, der erst kurz vor dem Tod eintritt, sondern auch ein Prozess, der eine sehr wichtige soziale und psychologische Komponente in sich trägt.<sup>35</sup> Maßgeblich beeinflusst wurde der medizinische Umgang mit Sterbenden so auch von den Studien von Elisabeth Kübler-Ross, die den Sterbeprozess aus psychologischer Perspektive idealtypisch in fünf Phasen aufteilt: (1) Phase der Verneinung und Isolierung, (2) Phase des Zorns und der Auflehnung, (3) Phase des Verhandelns mit dem Schicksal, (4) Phase der Depression und (5) Phase der Annahme des Todes.<sup>36</sup>

Der Einbezug einer sozialen und psychologischen Ebene zeigt sich gegenwärtig nicht zuletzt auch daran, dass neben der Palliativversorgung auch die Hospizarbeit ausgebaut wird, und dass es »eine zunehmende Qualifizierung des klinischen und seelsorglichen Personals in den Bereichen Schmerztherapie und Sterbegleitung« sowie »eine neue Aufmerksamkeit für Patienten- und Vorsorgeverfügungen« gibt.<sup>37</sup>

### **3.3 Medizinethische Überlegungen: Autonomie, Würde und Entscheidungen am Lebensende**

Durch die sich stetig in Entwicklung befindenden Möglichkeiten der lebensverlängernden Medizin ist ein »Grenzbereich zwischen Sterben und Tod« entstanden, und Ärzt\*innen haben »häufiger zwischen verschiedenen Handlungsmöglichkeiten abzuwählen«.<sup>38</sup> Gerade hier sind also medizinethische Überlegungen relevant: So sind mal die Grenzen des technisch und damit auch ärztlich Machbaren auszuloten, auszuweiten oder auch zu akzeptieren, ein anderes Mal müssen Wohl und Wille Sterbender mit den Möglichkeiten der modernen Medizin in Einklang gebracht oder Angehörige in der Entscheidung für oder gegen lebenserhaltende Maßnahmen begleitet werden.

- 
- 35 Wasner, Maria: »Keiner stirbt für sich allein. Bedeutung und Bedürfnisse des sozialen Umfelds bei Sterbenden«, in: Franz-Josef Bormann/Gian Domenico Borasio (Hg.), *Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens*, Berlin: de Gruyter 2012, S. 82–91.
- 36 Kübler-Ross, Elisabeth: *Interviews mit Sterbenden*, Stuttgart: Kreuz Verlag 1971.
- 37 D. Groß/J. Grande, »Sterbeprozess – medizingeschichtlich«, S. 92.
- 38 Baust, Günter: *Sterben und Tod. Medizinische Aspekte*, Berlin/Boston: de Gruyter 2022, S. 37.

Hier schließt der Band auch an (medizin-)philosophische Diskussionen an,<sup>39</sup> wenn anhand ärztlicher Narrationen des eigenen Lebensendes der Einfluss ärztlicher Definitionen des ›guten Sterbens‹ auf die klinische Behandlungspraxis diskutiert wird.<sup>40</sup> Häufig verbunden mit Vorstellungen des ›guten Sterbens‹ ist der Wunsch, das Lebensende zumindest in Teilen aktiv gestalten zu können.<sup>41</sup> So gilt es die Autonomie der Patient\*innen und ihre Würde im Blick zu behalten.<sup>42</sup> Neben der Ermittlung des Patientenwillens (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht) schließt dies auch die Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen bzw. die Änderung des Therapieziels, d.h. die Beendigung oder Nicht-Aufnahme einer medizinischen Handlung bei Patient\*innen in der terminalen Lebensphase, ein.<sup>43</sup> Die Frage der aktiven Gestaltung des Lebensendes führt damit schließlich auch zu einer der zentralen (Forschungs-)Themen der Medizinethik: die Diskussion um assistierten Suizid.<sup>44</sup> Dass diese Debatte hochaktuell ist, zeigt sich an den juristischen Urteilen der letzten Jahre: 2015 wurde das im Bundestag beschlossene Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung 2020 vom Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig erklärt, da das allgemeine Persönlichkeitsrecht »als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Ster-

---

39 Vgl. z.B. Sandman, Lars: *A good death. On the value of death and dying*, Maidenhead: Open University Press 2005; Classen, Albrecht (Hg.): *Gutes Leben und guter Tod von der Spätantike bis zur Gegenwart. Ein philosophisch-ethischer Diskurs über die Jahrhunderte hinweg*, Berlin/Boston: de Gruyter 2012.

40 Vgl. Beiträge von Alma K. Barner und Christian Schütte.

41 Vgl. etwa Kettler, Dietrich et al. (Hg.): *Selbstbestimmung am Lebensende*, Göttingen: Universitätsverlag 2006; Dawidt, Doris: *Autonomie am Lebensende. Klärung der Begrifflichkeit als notwendige Voraussetzung praktischen Handelns*, Berlin: Logos Verlag 2020.

42 Vgl. Anderheiden/Eckart, *Handbuch Sterben und Menschenwürde* (2012).

43 Vgl. Bundesärztekammer: *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 108.7 (2011), A346-348, [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/Sterbebegleitung\\_17022011.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf) [18.10.2024].

44 Vgl. Beitrag von Johann F. Spittler. Für einen Einblick in die aktuelle Debatte siehe v.a. Schumann, Eva: *Dignitas – Voluntas – Vita. Überlegungen zur Sterbehilfe aus rechts-historischer, interdisziplinärer und rechtsvergleichender Sicht*, Göttingen: Universitätsverlag 2006; Borasio, Gian Domenico et al. (Hg.): *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids*, Stuttgart: Kohlhammer 2020.

ben« umfasse.<sup>45</sup> So mache es das Verbot »Suizidwilligen faktisch unmöglich, die von ihnen gewählte, geschäftsmäßig angebotene Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen«, so »dass dem Einzelnen faktisch kein Raum zur Wahrnehmung seiner verfassungsrechtlich geschützten Freiheit verbleibt.«<sup>46</sup> Die Voraussetzungen, unter denen eine geschäftsmäßige Hilfe möglich sei, wurden bisher noch nicht gesetzlich festgelegt, sodass die Debatte weiter andauert.

Dieser kurze Umriss medizinischer, medizinhistorischer und -ethischer Perspektiven auf das Lebensende zeigt, dass das Sterben zentrale Bedeutung im ärztlichen Alltag hat. Hier offenbart nicht zuletzt ein Blick in die Literatur(-geschichte) vielfache Auseinandersetzungen mit dem Lebensende aus ärztlicher Perspektive, sowohl in autobiografischen als auch in fiktionalen Texten.

### 3.4 Imagination des Lebensendes in der Literatur

In Literatur- und Kulturgeschichte bilden Alter(n), Sterben und Tod zentrale Topoi, entsprechend hoch ist das wissenschaftliche Interesse.<sup>47</sup> In literarischen Texten hat die Darstellung des Sterbens vielfache Symbolbedeutung, »als Schwelle, und der krisenhaften Wende, des guten bzw. schlechten Lebens und der Medikalisierung des Lebens«.<sup>48</sup> Zentral in der literarischen Darstellung sind neben der Einbettung der Sterbe-Imagination in das Erzählen des Lebens, d.h. als Teil der *conditio humana*, »die begleitenden rituellen, rechtl[ichen] oder reli[giosen] Praktiken wie Sterbebett, letzte Sätze, Testament [...], die Verbindung mit Krankheit, der Körperlichkeit des Menschen,

45 Bundesverfassungsgericht: Leitsätze zum Urteil vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15, 2 BvR 651/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 2527/16, [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226\\_zbv234715.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_zbv234715.html) [18.10.2024].

46 Ebd.

47 Für einen Überblick vgl. Falcus, Sarah/Hartung, Heike/Medina, Raquel: The Bloomsbury Handbook to Ageing in Contemporary Literature and Film, London: Bloomsbury Academic 2023; Berbig, Roland et al. (Hg.): Krankheit, Sterben und Tod im Leben und Schreiben europäischer Schriftsteller. 2 Bde, Würzburg: Königshausen & Neumann 2017; Jernigan, Daniel et al. (Hg.): Routledge Companion to Death and Literature, New York: Routledge 2021; Caduff, Corinna/Vedder, Ulrike: »Schreiben über Sterben und Tod«, in: Corinna Caduff/Ulrike Vedder (Hg.), Gegenwart schreiben. Zur deutschsprachigen Literatur 2000–2015, Paderborn: Fink 2017, S. 115–124.

48 Werberger, Annette: »Sterben«, in: Günter Butzer/Joachim Jacob (Hg.), Metzler Lexikon literarischer Symbole, Stuttgart/Weimar: Metzler<sup>3</sup> 2021, S. 617–619, hier S. 617.

Leiden und Siechtum bzw. medizin. Fortschritt sowie [...] der Ort des St[erbens]«.<sup>49</sup>

Aus literaturhistorischer Sicht findet sich eine Auseinandersetzung mit dem Sterben vom Mittelalter, beispielsweise in der Totentanz-Dichtung und der Literatur der *ars moriendi*,<sup>50</sup> und Barock, hier z.B. im *memento mori*-Motiv in der *vanitas*-Dichtung (Andreas Gryphius *Menschliches Elende*, 1637), über Romantik (z.B. bei Novalis im Motiv des Schlafs) und Realismus (Leo Tolstoi *Der Tod des Ivan Iljitsch*, 1892), Expressionismus (Motiv des Verfalls z.B. in Gottfried Benns *Morgue*-Zyklus, 1912) und Moderne (Arthur Schnitzler *Sterben*, 1895), bis in die Gegenwart (Karl Ove Knausgård *Sterben*, 2009; Zsuzsa Bánk *Sterben im Sommer*, 2022). Die Darstellung des Lebensendes geht in der Literatur zudem mit einer Reflexion über das Altern einher und rückt mit dem Alterungsprozess einhergehende Einschränkungen, Pflege-Praktiken, Trauer und geschlechtsspezifische Diskriminierungen in den Blick.<sup>51</sup> Darüber hinaus verhandeln literarische Texte über das Lebensende terminale Erkrankungen wie maligne Tumore, ALS oder Organinsuffizienz.<sup>52</sup> Die Texte entwerfen fiktionale Sterbeszenarien oder stellen autopatografische Auseinandersetzungen mit dem eigenen Sterben dar.<sup>53</sup> Zugleich rückt in der jüngsten Gegenwart die häusliche Pflege durch Angehörige in den Fokus, wie in den autobiografischen Texten *Das Leben ist ein vorübergehender Zustand* (2021) von Gabriele von Arnim und *Papa stirbt, Mama auch* (2021) von Maren Wurster. Die Verhandlung des

49 Ebd.

50 Vgl. Haas, Alois M.: »Die Auffassung des Todes in der deutschen Literatur des Mittelalters«, in: Hans Helmut Jansen (Hg.), *Der Tod in Dichtung, Philosophie und Kunst*, Darmstadt: Steinkopff<sup>2</sup>1978, S. 145–160.

51 Vgl. u.a. Herwig, Henriette (Hg.): *Alterskonzepte in Literatur, bildender Kunst, Film und Medizin*, Freiburg i.Br.: Rombach 2009; Freiburg, Rudolf (Hg.): *Alter(n) in Literatur und Kultur der Gegenwart*, Würzburg: Königshausen & Neumann 2012; Vedder, Ulrike/Willer, Stefan (Hg.): Special Issue »Alter und Literatur«, *Zeitschrift für Germanistik* 22.2 (2012); Hartung, Heike: *Ageing, Gender, and Illness in Anglophone Literature. Narrating Age in the Bildungsroman*, New York: Routledge 2016; Falcus, Sarah/Sako, Katsura: *Contemporary Narratives of Ageing, Illness, Care*, New York: Routledge 2022.

52 Vgl. u.a. Käser, Rudolf: »Krankheit und Sterben in der neueren Literatur«, in: Michael Fieger/Marcel Weder (Hg.), *Krankheit und Sterben. Ein interprofessioneller Dialog*, Bern: Peter Lang 2012, S. 205–233; Schmidt, Nina: »Autobiographische Krankheitserzählungen in der Gegenwartsliteratur: Siri Hustvedt, Paul Kalanithi, Verena Stefan«, in: *DIEGESIS* 6.2 (2017), S. 138–159; Harmening, Anda-Lisa: *Schreiben im Angesicht des Todes. Poetologie(n) des Sterbens von 1968 bis heute*, Paderborn: Brill Fink 2021.

53 Vgl. Beitrag von Diego León-Villagrá im vorliegenden Band.

Lebensendes ist dabei zugleich genreübergreifend und findet ebenso Eingang in die Kinder- und Jugendliteratur (Astrid Lindgren *Die Brüder Löwenherz*, 1973), in Graphic Novels (Sarah Leavitt *Tangles*, 2010) sowie in Social-Media-Kanäle und Weblogs (Wolfgang Herrndorf *Arbeit und Struktur*, 2013).<sup>54</sup>

### 3.5 Ärztliche Imaginationen des Lebensendes und Schriftsteller-Ärzt\*innen

Ein dezidiert ärztlicher Blick auf das Lebensende findet sich in den Künsten und der Literatur, einhergehend mit der Medikalisierung des Sterbens, spätestens ab dem späten 18. Jahrhundert. Gerade ab der Moderne rückt das Sterben in Hospitälern in den Fokus (Gottfried Benn *Mann und Frau geh'n durch die Krebsbaracke*, 1912; Thomas Bernhard *Atem. Eine Entscheidung*, 1978). Auch die medizinischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung schlagen sich in der Literatur nieder, in der die hier entstehenden »Zwischenzonen«<sup>55</sup> verhandelt werden. Auch Entwicklungen in der Palliativmedizin und im Bereich der Sterbehilfe werden aufgenommen (Daniel Kehlmann *Rosalie geht sterben*, 2009; Petra Anwar/John von Düffel *Was am Ende wichtig ist. Geschichten vom Sterben*, 2013).<sup>56</sup>

Ärztliche Imaginationen von Sterben und Tod finden sich dabei vor allem in Texten von Schriftsteller-Ärzt\*innen.<sup>57</sup> Diese Texte setzen sich zum einen

- 
- 54 Vgl. Hopp, Margarete: *Sterben, Tod und Trauer im Bilderbuch seit 1945*, Frankfurt a.M.: Peter Lang 2015; Philippi, Birte Svea: *Sterben, Tod und Jenseits in der graphischen Literatur. Schlüsselbildanalysen in Bilderbüchern und Graphic Novels*, Bielefeld: transcript 2022; Deppermann, Arnulf: »Multimediale Narration im Angesicht des Todes. Zeugnisse terminaler KrebspatientInnen im Internet«, in: Simon Peng-Keller/Andreas Mauz (Hg.), *Sterbenarrative. Hermeneutische Erkundungen des Erzählens am und vom Lebensende*, Berlin: de Gruyter 2018, S. 115–137; C. Caduff, *Sterben und Tod öffentlich gestalten* (2022).
- 55 Neufeld, Anna Katharina/Vedder, Ulrike: »An der Grenze. Sterben und Tod in der Gegenwartsliteratur. Einleitung«, in: *Zeitschrift für Germanistik* 25.3 (2015), S. 495–498, hier S. 495.
- 56 Vgl. Welsh, Caroline: »Sterbehilfe und Sterbebegleitung in gegenwärtiger Literatur und Medizin«, in: *Zeitschrift für Germanistik* 25.3 (2015), S. 499–513.
- 57 Vgl. z.B. Klimpel, Volker: *Schriftsteller-Ärzte. Biographisch-bibliographisches Lexikon von den Anfängen bis zur Gegenwart*, Hürtgenwald: Guido Pressler 1999; Lüsebrink, Hans-Jürgen/Madry, Henning/Pröll, Julia: *Médecins-écrivains français et francophones. Imaginaires – poétiques – perspectives interculturelles et transdisciplinaires*, Würzburg: Königshausen & Neumann 2018; Fürholzer, Katharina: »Schwedische Ärzteliteraten vom 18. bis 21. Jahrhundert«, in: *Jahrbuch Literatur und Medizin* 11 (2019),

fiktional aus ärztlicher Perspektive mit dem Lebensende von Patient\*innen auseinander. So wird beispielsweise die Frage verhandelt, wie sich medizinische Handlungsentscheidungen in der narrativen Form niederschlagen oder das medizinische Wissen und die Erzählperspektive (in der Doppelrolle von Ärzt\*in und Patient\*in) in die literarische Repräsentation des Sterbens einfließen.<sup>58</sup> Zum anderen gibt es, vermehrt in der Gegenwart, autobiografische Texte von Ärzt\*innen, die sich – oft ausgehend von der Diagnose einer terminalen Erkrankung bei sich selbst oder bei Angehörigen – mit dem eigenen Sterben auseinandersetzen (Paul Kalanithi *When Breath Becomes Air*, 2016; Atul Gawande *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End*, 2014; Melitta Breznik *Mutter – Chronik eines Abschieds*, 2020). Diese Imaginationen terminal erkrankter Schriftsteller-Ärzt\*innen verhandeln dabei auch ärztliche Vulnerabilität<sup>59</sup> sowie Reflexionen des ›guten Sterbens‹.<sup>60</sup>

Die im Band versammelten Beiträge fokussieren vor allem narrative Texte. Da literarische Texte über das Sterben oft das Sterben als Prozess erzählen, ist das nicht überraschend. So ist dem Sterben als Teil des Lebens nicht nur das Ende des Lebensfadens, sondern auch des Erzählfadens inhärent – besonders deutlich wird dies in autobiografischen Texten, die das eigene Sterben erzählen. So hebt auch Andreas Mauz im Band *Sterbenarrative* die Bedeutung des Erzählens innerhalb der Kommunikation um das bzw. am Lebensende<sup>61</sup> hervor und Simon Peng-Keller spezifiziert im selben Band: »Man kann Sterbeprozesse – oder das Sterben einer bestimmten Person – nicht beschreiben, ohne auf narrative Grundmuster zurückzugreifen.«<sup>62</sup> In die literarische Ima-

---

S. 85–104; Schwartz, Seymour: *From Medicine to Manuscript. Doctors with a Literary Legacy*, New York: Prometheus 2019.

- 58 Vgl. Beiträge von Heike Hartung und Sabine Kyora.
- 59 Vgl. Beitrag von Julia Pröll. Das Tabu ärztlicher Vulnerabilität ist ein (Selbst-)Bild, das bereits in der ärztlichen Ausbildung kommuniziert wird, vgl. Jedlicska, Nana et al.: »Medical Trainees' Experiences With Dying and Death«, in: *Omega* 83 (2021), S. 64–83.
- 60 Vgl. Beitrag von Christian Schütte. Für Forschung zu ärztlichen Konzeptionen des ›guten Sterbens‹ vgl. z.B. Meffert, Cornelia et al.: »Perceptions of a Good Death Among German Medical Students«, In: *Death Studies* 39 (2015), S. 30–315.
- 61 Mauz, Andreas: »Sterbenarrativ und Sterbeerzählung. Beobachtungen und Vorschläge zur Terminologie narrationsbezogener Lebensendforschung«, in: Simon Peng-Keller/Andreas Mauz (Hg.), *Sterbenarrative: Hermeneutische Erkundungen des Erzählers am und vom Lebensende*, Berlin: de Gruyter 2018, S. 19–59, hier S. 19.
- 62 Peng-Keller, Simon: »Letzte Worte und weitergehende Geschichten. Vom vielfachen Sinn des Erzählens am Lebensende«, in: Peng-Keller/Mauz, *Sterbenarrative* (2018), S. 311–335, hier S. 315.

gination von Lebensenden fließt somit auch oft die medizinische Konzeption des Lebensendes ein – sie bestimmt den Ort des Sterbens, das Figurenpersonal, die Behandlungsmethoden, die erzählte Zeit und schlägt sich so zugleich in der narrativen Struktur der Texte nieder. Imaginationen des Lebensendes sind also deutlich Korrelationen zwischen Literatur, Medizin und Alltagswissen inhärent.<sup>63</sup>

Darüber hinaus bezieht der Band aber die Frage ein, welche Rolle Poesie überhaupt in der ärztlichen Reflexion über das Lebensende haben kann.<sup>64</sup> Dies zeigt sich im Band auch durch die Auseinandersetzung mit Imaginationen des Sterbens in performativen Ausdrucksformen, wie dem Dokumentartheater.<sup>65</sup> Wenn davon ausgegangen wird, dass Literatur »imaginäre Erfahrungsräume«<sup>66</sup> des Sterbens schafft, dann kann das Schreiben und Lesen dieser Texte sowie die sonstige kreative Auseinandersetzung mit diesen zur Selbstsorge, zur Reflexion, zum Einfühlen und zum Verständnis von Patient\*innen-Perspektiven beitragen. Der Band wirft so auch die Frage auf, inwiefern etwa ein durch Fiktionalität ermöglichter Perspektivwechsel das empathische Verständnis von Ärzt\*innen für sterbende Patient\*innen zu fördern vermag und regt zu neuen Anwendungsmöglichkeiten ästhetischer Ausdrucksformate in der klinischen Praxis an.<sup>67</sup>

Nicht zuletzt beeinflussen fiktionale und faktuale Konzeptionen auch gesellschaftliche Wahrnehmung von Alter(n), Sterben und Tod sowie von Medizin und medizinischem Personal. Wird das Lebensende als schmerhaft und leidend dargestellt, wird ein ‚gutes‘ Sterben imaginiert, ist das medizinische

---

63 So ist es nicht überraschend, wenn sich Publikationen dem Sterben aus interdisziplinärer Perspektive nähern. Vgl. Rosentreter, Michael/Groß, Dominik/Kaiser, Stephanie (Hg.): *Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod*, Kassel: Kassel University Press 2010.

64 Vgl. Beitrag von Moritz E. Wigand.

65 Vgl. Beitrag von Friederike Bock, Leonie Bohlinger, Yu Li, Hannah Merx, Melis Taş, Anna Siemens und Bettina Hitzer.

66 Neufeld/Vedder, »An der Grenze«, S. 496.

67 Hier handelt es sich um eine der zentralen Fragen der Medical Humanities; für eine Einführung siehe Powley, Elaine/Higson, Roger (Hg.): *The arts in medical education*, New York: Routledge 2005; Peterkin, Allan D./Skorzewska, Anna (Hg.): *Health Humanities in postgraduate medical education*, Oxford: Oxford Academic 2018; Alan Bleakley (Hg.): *Routledge Handbook of the Medical Humanities*, New York: Routledge, 2020, v.a. Kap. IV, VI. Zur Möglichkeit der Anwendung von Literatur in der Pflege vgl. Müller, Verena: *Bildungspotenziale von Literatur im Pflegeunterricht. Eine Untersuchung am Beispiel Sterben*, Wiesbaden: Springer Vieweg 2022.

Personal empathisch und human oder kalt und distanziert, ist das Krankenhaus ein Ort der Fürsorge oder ein Ort der Technisierung ohne menschlichen Kontakt? Die Untersuchung ärztlicher Imaginationen des Lebensendes bietet so zugleich neue Perspektiven für Forschung, die sich mit der Entstehung und Auswirkung von (Selbst-)Bildern des ärztlichen Berufes befasst.<sup>68</sup>

#### **4. Zu den Beiträgen dieses Bandes**

##### **Medizinische Perspektiven**

In der ersten Sektion fokussieren die Beiträge medizinische, genauer medizinhistorische, medizinethische und autobiografische Perspektiven von Ärzt\*innen auf das Lebensende. Dabei spannen sie zum einen eine Bandbreite von medizinischer Fehlbarkeit und ärztlichem Heldenhumor auf. Neben dem ›Tabu‹ der Schwäche wird in diesem Zusammenhang (diskurslinguistisch) analysiert, mit welchen Sprachmitteln sich Ärzt\*innen in autobiografischen Schriften den Status von Expert\*innen mit privilegiertem Zugang zu Erkenntnissen über den Tod zusprechen (Christian Schütte). Der Blick in die Medizingeschichte zeigt in diesem Kontext die tiefe Verwurzelung entsprechender Wahrnehmungen des ärztlichen Berufs; so wie das als Imperativ verstandene (Selbst-)Bild von Ärzt\*innen, sich für Patient\*innen ›aufzuopfern‹, erst Ende des 20. Jahrhunderts einem zunehmenden Fokus auf die eigene Selbstfürsorge (Daniel Schäfer).

Zum anderen lenken die Beiträge aus medizinethischer Perspektive den Blick auf das Sterben im ärztlichen Alltag. In diesem Zusammenhang wird in dieser Sektion zugleich eine Begriffsreflexion philosophischer wie auch psychologischer Definitionen von ›Imagination‹ unternommen und die mit verschiedenen Konzeptionen verbundenen medizinethischen Implikationen ärztlicher Imaginationen des Lebensendes diskutiert (Alma K. Barner). Bedenkt man, welchen Einfluss ärztliche Imaginationen des Lebensendes auch auf die klinische Praxis haben können, braucht es außerdem ein Verständnis dafür, in welcher Weise sich medizinisches Theorie- und klinisches Erfahrungswissen zu biografischen Narrativen und subjektiven Todestheorien verbinden (Kirsten Brukamp). Hieran schließen auch Überlegungen zur

---

<sup>68</sup> Zum ärztlichen Image im Kontext des Lebensendes siehe v.a. D. Schäfer, Der Tod und die Medizin, v.a. S. 95–148.

Verbindung von literarischen Imaginationen auf das Lebensende und die ärztliche Praxis an und, wie sich in der Klinik noch weitgehend unbekannte Kunstformen ästhetische Ausdrucksformen wie das Dokumentartheater in die ärztliche Ausbildung integrieren lassen (Bock et al.).

In seinem Beitrag *Opfer ihres Berufes? Fakten und Narrative zur Ärzte-Sterblichkeit in Gegenwart und Geschichte* widmet sich der Medizinhistoriker Daniel Schäfer der Verhandlung ärztlicher Opferbereitschaft und untersucht die Ursprünge und Ausprägungen dieses Selbstverständnisses, seine heroisch-narrative Überspitzung im tödlichen Selbstopfer sowie Distanzierungen von diesem Narrativ anhand von Textbeispielen aus der über »Arzttum« und Deontologie reflektierenden medizinischen Publizistik des 18. und 19. Jahrhunderts.

Christian Schütte analysiert aus sprachwissenschaftlicher Perspektive den *Ärztlichen Blick auf den eigenen Tod in Autobiografien* der letzten 30 Jahre. Dabei nimmt er in den Blick, wie das Sterben und damit zusammenhängend das bisherige eigene Leben bewertet wird, welche Vorstellungen vom ›guten‹ Sterben imaginiert und welche Troststrategien verfolgt werden und welcher Bildlichkeit sich die Texte dabei bedienen.

Alma K. Barner diskutiert in ihrem Beitrag *Imaginative Kompetenzen im Kontext des Sterbens: Eine philosophische Analyse für die medizinische Praxis* am Beispiel von Ärzt\*innen und Krankenschwestern, die sich ihr eigenes Lebensende vorstellen, wie die Fähigkeit zur perspektivischen Vorstellungskraft als epistemisches Werkzeug in der Medizinethik eingesetzt werden kann. Die Philosophin argumentiert, dass die ethischen Anwendungsmöglichkeiten begrenzt sind, aber durch die reflektierte Auswahl an Vorstellungen sowie einem Training der eigenen Imaginationsfähigkeit verbessert werden können.

In ihrem Beitrag *Self-Reflection on Experiences in Palliative Care* untersucht die Gesundheitswissenschaftlerin Kirsten Brukamp anhand von empirischem Datenmaterial, das im Rahmen einer qualitativen Studie für ein versorgungswissenschaftliches Innovationsprojekt entstanden ist, wie in der Palliativmedizin das in der medizinischen Weiterbildung und klinischen Praxis erworbenen Wissen auf die Deutung der eigenen Lebensperspektive übertragen wird. Durch eine sozialwissenschaftliche Interpretation qualitativer Interviews mit Ärzt\*innen soll deutlich gemacht werden, wie Vorstellungen, die in pragmatischer Hinsicht gebildet worden sind, um mit den Ereignissen von Sterben und Tod im beruflichen Feld professionell umzugehen, auch dazu beitragen, dass der Umgang mit der eigenen Sterblichkeit eine Veränderung erfährt.

In ihrem gemeinsam erarbeiteten Beitrag *Wie sterben Ärzt\*innen? Ein Lehrprojekt aus der Medizinethik* nehmen die Medizinhistorikerin Bettina Hitzer, die Medizinethikerin Anna Siemens sowie Studierende der Medizinischen Fakultät der Universität Magdeburg die Haltung von Ärzt\*innen gegenüber dem (eigenen) Tod und deren Auswirkung auf das ärztliche Handeln in den Blick. Anhand des Buches *When Breath Becomes Air* (2017) des amerikanischen Neurorochirurgen Paul Kalanithi nähern sie sich in Form des Dokumentartheaters einer Situation, in der Ärzt\*innen selbst zu Sterbenden oder vom Sterben unmittelbar betroffenen Personen werden. Der Beitrag ordnet die ärztliche Perspektive auf das eigene Sterben medizinethisch ein und reflektiert die Erfahrungen der Studierenden mit der künstlerischen Annäherung an das Lebensende.

### Literarische Perspektiven

In der zweiten Sektion des Bandes werden literarische Perspektiven und fiktionale Sterbe-Imaginationen fokussiert. Im Vordergrund stehen hier Analysen der literarischen, philosophischen und klinischen Implikationen des ›Tabus‹ ärztlicher Vulnerabilität, das selbst aus Reflexionen terminal erkrankter Schriftsteller-Ärzt\*innen erkennbar ist (Julia Pröll), sowie die Frage, wie in Werken von Schriftsteller-Ärzt\*innen (fiktionalisierte) ärztliche Handlungsentscheidungen mit literarischer Plotkonstruktion enggeführt werden (Heike Hartung), und inwieweit sich das medizinische Wissen in der Ausgestaltung der Sterbe-Imagination niederschlägt (Sabine Kyora). Daran grenzt die Auseinandersetzung mit der Frage, inwiefern dem Prozess des Schreibens in ärztlichen Auseinandersetzungen mit dem Tod eine kathartische, wenn nicht gar therapeutische Dimension zukommt (Diego León-Villagrá) und inwiefern ein durch Fiktionalität ermöglichter Perspektivwechsel das empathische Verständnis von Ärzt\*innen für sterbende Patient\*innen zu fördern vermag (Moritz E. Wigand).

In ihrem anglistischen Beitrag *Implications of Fictional Death for Medicine. Reflections on A. J. Cronin's The Citadel via George Eliot's Middlemarch* ordnet Heike Hartung Cronins Werk zunächst in die Tradition fiktiver Ärztefiguren ein, indem sie auf George Eliots Arzt Lydgate in ihrem Roman *Middlemarch* von 1871 zurückblickt. Sie geht der Frage nach, wie die Darstellung des Todes die Vorstellungen von medizinischer Praxis und Reform durch die Darstellung der Charakterentwicklung beeinflusst und inwieweit es zu Überschneidungen zwischen Literaturgeschichte und literarischem Genre einerseits und

den sich wandelnden medizinischen Vorstellungen über das Ende des Lebens andererseits kommt.

Die Romanistin Julia Pröll untersucht in ihrem Beitrag *Das wandelnde Paradox des erkrankten Arztes in Texten französischsprachiger Schriftstellerärzt\*innen: zwischen Ohnmacht, Kompetenzgewinn und der Dringlichkeit des Schreibens* die Brüche, Widersprüche und Spannungen im ärztlichen Rollenbild, die aus der Verdopplung von Arzt und Patient entstehen. Dabei nimmt sie auch die formale Ebene, beispielsweise die Integration von diagnostischem Fachvokabular in den Blick, und reflektiert das Korpus aus gattungstheoretischer Perspektive.

In Sabine Kyoras germanistischem Beitrag »Am schlimmsten:/nicht im Sommer sterben«. *Ärztliche Imaginationen des Lebensendes bei Gottfried Benn und anderen Dichterärzten der klassischen Moderne* steht die Frage im Fokus, ob in Texten von Schriftstellerärzten unterschiedliche Konstruktionen des Todes zu finden sind, je nachdem ob Patienten- oder Ärztefiguren mit dem Tod konfrontiert sind oder gar der Schreibende selbst. Dabei ergründet der Aufsatz auch den Status medizinischen Wissens in den literarischen Texten und fragt danach, welche Rolle dieses bei der Imagination des Sterbens und des Todes spielt.

Der Germanist Diego León-Villagrá fokussiert in seinem Beitrag »Mit Wörtern gegen lähmende Angst, Verzweiflung? Gegen Dosen und Diagnosen?« *Literarische Distanzierungsstrategien bei Urs Faes* Strategien im klinischen Kontext, derer sich Faes' Protagonisten bei ihrer Konfrontation mit dem eigenen Tod, dem Tod von Patient\*innen und Angehörigen bedienen. Neben der Frage nach der Differenz dieser Strategien aus Perspektive des Arztes im fiktionalen und des Patienten im autobiografischen Text steht hierbei auch das Schreiben selbst als therapeutische Praxis der Distanzierung und Reflexion im Mittelpunkt.

Die Sektion schließt mit dem Beitrag *Vom einsamen Sterben in Institutionen und den Grenzen des Sagbaren in Samuel Becketts Malone Dies* von Moritz E. Wigand. In seinem Beitrag argumentiert der Psychiater aus medizinischer Perspektive, Bezug nehmend auf den Psychopathologen und Existenzphilosophen Karl Jaspers und sein Konzept der Grenzsituation und auf Theodor W. Adornos Auseinandersetzung mit Becketts Werk, dass *Malone Dies* (1951) sowohl Menschen, die professionell mit Sterbenden umgehen (Ärzt\*innen, Pfleger\*innen, Psychotherapeut\*innen, Seelsorger\*innen), als auch Angehörigen helfen kann, sich dem Leiden und den absurdum und im Kern unverstehbaren Elementen des Sterbens empathisch anzunähern.

## Selbstreflexive Perspektiven

Die dritte und letzte Sektion des Bandes nähert sich aus selbstreflexiver Perspektive dem Thema der Sterbehilfe an, indem eine Antwort darauf gesucht wird, wie sich nicht nur das Verhindern, sondern gerade das Ermöglichen des Patiententodes auf ärztliche Einstellungen zum eigenen Lebensende auswirkt. In seinem Beitrag öffnet der Neurologe und Psychiater Johann F. Spittler in einer Sammlung eigener und fremder Texte einen Reflexionsraum über den assistierten Suizid. In dieser Text-Zusammenstellung reflektiert Spittler, der im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit selbst Suizidhilfe leistete,<sup>69</sup> wie er die von den Suizid-Aspiranten vorgetragenen Begründungen, Krankheits- und Leidenszustände oder nachdrückliche Ablehnungen der Altenpflege-Situation auch in der Spiegelung bei sich selbst ausdrücklich bestätigen kann und, inwieweit seine Arbeit als Sterbebegleiter seine Perspektive auf sein eigenes Lebensende prägt.

Wie aus den folgenden Einzelanalysen ersichtlich werden wird, ist der Untersuchungsgegenstand, dem vorliegender Band gewidmet ist, gleichermaßen von praktisch-klinischer, gesellschaftlicher und wissenschaftlicher Relevanz. Trotz der Vielzahl an verfügbaren fiktionalen und faktuellen Quellen stellt die systematische Erschließung ärztlicher Imaginationen des Lebensendes in Forschung und Praxis bislang allerdings eine markante Leerstelle dar. Dies erstaunt, hat das Lebensende doch sowohl in der geistes- als auch gesundheitswissenschaftlichen Forschung (und zu denken wäre hier durchaus auch noch an weitere Disziplinen) von jeher hohe Faszination ausgelöst – was aber auch auf die Anschlussfähigkeit der hier versammelten Analyseergebnisse schließen lässt. Es ist insofern unsere Hoffnung, durch die hier versammelten Aufsätze einen Beitrag zur Schließung dieser Lücke zu leisten und zugleich zukünftige Forschungen anzustoßen, im Zuge derer der hier gewählte interdisziplinäre Zugriff in Tiefe und Breite weiter entfaltet werden möge.

---

<sup>69</sup> Anfang 2024 wurde Spittler wegen Suizidhilfe an einem psychisch kranken Patienten wegen Totschlags verurteilt; gegen diese Verurteilung wurde Berufung eingelegt (Stand zum gegenwärtigen Zeitpunkt offen).