

Über ›gelingendes‹ Erinnern am Lebensende. Diskursanalytische Überlegungen zur Würdezentrierten Therapie

Einleitung

Die *Würdezentrierte Therapie* als psychotherapeutische Kurzintervention am Lebensende erweitert den sich stetig pluralisierenden und ausdifferenzierenden therapeutischen Angebotsraum palliativmedizinischer Versorgung und wird neben Psycho-, Physio-, Kunst-, Musik-, Aroma- und Atemtherapie auf Palliativstationen angeboten. Therapeutischer Gegenstand der Würdezentrierten Therapie ist das Würdeempfinden Schwerstkranker am Lebensende – genauer gesagt: die Aufrechterhaltung und Stärkung des Würdegefühls. In einem mehrstufigen interaktiven Prozess, der das Durchführen eines halbstrukturierten Interviews, dessen Transkription, das Editieren des Interviews sowie das Vorlesen und ggf. die anschließende Korrektur des vorläufigen Dokuments umfasst, entsteht ein Schriftstück zur Übergabe an nahestehende Personen.

Dem Erinnern, vielmehr dem professionell instruierten Erinnern, kommt hierbei zentrale Bedeutung zu. Davon ausgehend, dass Erinnern »intentionales Handeln« ist (Dimbath/Heinlein 2015: 87) lautet die hier zugrunde gelegte Annahme, dass es sich bei der Würdezentrierten Therapie um eine diskursiv angeleitete Selbst-Technik handelt, die entlang zeitgenössischer deutungsleitender hospizlich-palliativ geprägter Wissenssegmente¹ zum ›guten Sterben‹ Würdeempfinden auf spezifisch normative Weise adressiert und

1 Wissenssegmente verweisen hier begrifflich auf diskursiv vorherrschende, hegemoniale, gültige Teilmengen von per se kontingentem Wissen. Das Wissen zum ›guten‹ Sterben wird derzeit hospizlich-palliativ dominiert – prinzipiell kann aber nicht nur anderes Wissen zum ›guten Sterben‹ gewusst werden, sondern sich diskursiv auch durchsetzen. So deutet etwa die anhaltende gesellschaftspolitische Verhandlung des assistierten Suizids und neuere gesetzliche Regelungen in diesem Bereich durchaus auf Sagbarkeitsverschiebungen hin. Gegendiskursive Kräfte, die dessen grundsätzliche Unvereinbarkeit mit palliativmedizinischen Grundannahmen in Frage stellen, werden lauter und sichtbarer, diskontinuierliche Tendenzen stärker. Grenzen sind in Bewegung (Peuten 2019).

sowohl hinsichtlich des zurückschauenden Sich-Selbst-Erinnerns wie auch des zukünftigen Erinnert-Werdens wirksam wird.

Hier setzt der vorliegende Beitrag an und fragt mittels einer diskursanalytisch orientierten Perspektive 1) inwiefern im Rahmen der Würdezentrierten Therapie zeitgenössische hospizlich-palliative Ideale des gelingenden »Sterben-Machens« (Schneider 2014: 75) zum Ausdruck kommen, denen in ihrer jeweils spezifischen Ausgestaltung erheblich normatives Potenzial – hier in Form von Erinnerungsparadigmen – inhärent ist, und 2) nach konkreten voraussetzungsvollen, normativ überformten Momenten, die sich im Kontext der therapeutischen Kurzintervention ergeben. Zu klären ist also: Welche Foki und damit auch Ausgrenzungen sind konzeptuell angelegt und strukturieren selektiv vor, was wie erinnert wird bzw. werden soll und welches Erinnern zu bearbeiten, umzudeuten oder auszuklammern ist, damit sich der angestrebte würdebewahrende bzw. würdestärkende Effekt einstellen kann? Welche legitimierten Möglichkeitsräume eines so verstandenen gelingenden Erinnerns am Lebensende sind also aktuell erkennbar und wo verlaufen dessen Grenzen? Fragen nach Wirksamkeit und/oder Angemessenheit *Würdezentrierter Therapie*² – über die nur die jeweils Beteiligten Auskunft geben können – werden hier explizit nicht in den Blick genommen; vielmehr wird eine reflexiv-kritische³ kontextualisierende Annäherung an

-
- 2 Die aktuelle Forschung und der in den vergangenen Jahren zunehmende Publikationsumfang zur Würdezentrierten Therapie konzentriert sich vor allem auf die Themen Wirksamkeit, Machbarkeit und Akzeptanz und liegt schwerpunktmäßig im Bereich Palliative Care und Psychotherapie/(Psycho-)Onkologie. Siehe dazu beispielsweise Hartl et al. 2021; Bentley et al. 2014; Mai et al. 2018; Hall et al. 2012; Lindqvist et al. 2015.
 - 3 Eine kritische diskursanalytische Perspektive einzunehmen, meint hier zuallererst, sich in das diskursive Gerangel um Deutungshoheiten, um das, was gewusst und legitimerweise gesagt und getan werden kann, einzumischen, indem vermeintlich Selbstverständliches, gemeinhin Anerkanntes, Unhinterfragtes als solches sichtbar gemacht und infrage gestellt wird. Dabei wird Diskursanalyse als per se kritische Praxis verstanden, da sie immer auf Grenzen von Wissens- und Sagbarkeitsfeldern verweist und für – grundsätzlich mögliches – alternatives, (noch) nicht gewusstes Wissen sensibilisiert. Insofern setzt Kritik früher an als bei der bewertenden (oder gar dekonstruierenden) Analyse ausgemachter Normativitäten, gesellschafts-politischer Missstände, Ungleichheitsverhältnisse etc., die erst im Moment des diskursanalytischen Hinwendens an sie als diskursanalytisch zu problematisierende Bewertungsgegenstände aufscheinen. Mit Nonhoff (2019: 25) wird daher an die Überlegung angeschlossen, dass »man Diskursanalyse nicht anders denken kann denn als Intervention in Wissensverhältnisse«. Zur umfassenden

die Thematik verfolgt, indem aktuelle Sagbarkeiten und konkrete Ausgrenzungspotenziale würdezentrierten Therapierens anhand der Sichtung der zentralen Grundlagenliteratur sowie manifest werdende diskursive Verweisungszusammenhänge exemplarisch ausgeleuchtet werden.

Die Würdezentrierte Therapie im Kontext zeitgenössischen ›Guten Sterben-Machens‹

Würdeempfinden kann, so der Ausgangspunkt der Würdezentrierten Therapie, mittels gezielten individuell rückbezüglichen Sich-Erinnerns und dem Festhalten des entsprechend Erinnerten gestärkt und positiv beeinflusst werden. Würdetherapeuten,⁴ d.h. die entsprechend ausgebildeten und vorbereiteten an und mit der Würde Arbeitenden, übernehmen hierbei eine wesentliche Rolle. Sie sind Teil eines stetig anwachsenden und sich dabei pluralisierenden und spezialisierenden Repertoires von haupt- und ehrenamtlichen ›Sterbearbeitern‹, die ›gutes Sterben‹ machen. Gut ist Sterben dann, wenn es die diskursiv konstituierten, im hospizlich-palliativen Selbstverständnis zum Ausdruck kommenden handlungsleitenden Prämissen von Ganzheitlichkeit, umfassender Leidlinderung, Multidisziplinarität und -professionalität, Individualität, Selbstbestimmung und Würde erfüllt und bestenfalls ›zu Hause‹ verortet ist (Stadelbacher/Schneider 2016).

Mit der Vielzahl von Optionen der Sterbegestaltung, welche mittlerweile Therapie- und Behandlungskonzepte sowie verschiedene institutionell-örtliche Settings ambulanter und stationärer palliativ-hospizlicher Versorgung und Begleitung umfassen, die sich aber auch in Ratgebern, Beratungsangeboten, Vorsorgedokumenten oder Konzepten zur gesundheitlichen Vorausplanung (Advance-Care-Planning) sowie in Richtlinien und Gesetzen materialisieren, stehen mannigfaltige Hilfsmittel auf dem Weg zum je eigenen guten Sterben bereit. Diese stehen jedoch nicht bloß zur Verfügung – als gewissermaßen stille Requisiten –, sondern in und durch sie

systematischen Verhältnisbestimmung von Diskursanalyse und Kritik siehe Langer/Nonhoff/Reisigl 2019.

4 Die gewählte Genderform soll in unspezifischen Fällen sämtliche Geschlechter umfassen.

formuliert sich der teils vage bleibende, teils explizit werdende Auftrag an das selbstbestimmte, selbstverantwortliche Selbst, sich zu ihnen in Bezug zu setzen und sich im Feld des Möglichen zu bewegen.

Dieser Selbst-Auftrag erschöpft sich nicht im Zustimmen zu und Ablehnen von, sondern macht es zunächst ganz grundlegend notwendig, sich mit immer mehr Fragen und Aspekten der konkreten Ausgestaltung der letzten Lebensphase auseinanderzusetzen. Vor- und Nachteile gilt es abzuwägen, situationsspezifische Expertisen aufzubauen, Meinungen zu bilden, richtige Zeitpunkte zu erwischen – um dann in überantworteter Selbst-Verantwortung Schritt für Schritt alle Puzzleteile derart zusammenzusetzen, dass ein individuell-stimmiges Ganzes zustande kommt, das in fortwährender Kooperation und Ko-Konstruktion von Sterbenden, Angehörigen und Sterbearbeitern praktisch erarbeitet und umgesetzt wird (Schneider 2005; Feldmann 2018; Peuten 2018; Stadelbacher/Schneider 2020). Unter den normativ vorgeprägten Rahmenbedingungen des ›guten Sterbens‹ läuft jedes Sterben Gefahr, zu scheitern, mit Blick auf die an es gerichteten Bewertungskriterien nicht zustande zukommen. Sterben wird für alle Beteiligten »zunehmend riskanter« (Stadelbacher/Schneider 2017: 67). Wer ›gut‹ sterben will, muss sich zum eigenen Sterben mehr oder weniger aktiv verhalten bzw. in spezifischer Weise in Bezug setzen. Mit Blick auf biografische, soziale, kulturelle sowie kognitive Kontexte und Bedingtheiten (re-)produzieren diese Rahmenbedingungen und Bewertungskriterien nicht nur ungleiche Zugänglichkeiten zu hospizlich-palliativer Ver- und Umsorgung (deren regional unterschiedliche Verfügbarkeiten per se schon ein Ausschlusskriterium darstellen), sie begrenzen auch alternatives Sterbewissen. Etwa dann, wenn Selbstbestimmung als universaler Bezugspunkt obsolet wird, weil sie – unabhängig davon, dass sie aus Individualsicht ganz Unterschiedliches bedeuten kann – in der weitestgehend normalisierten Gleichsetzung mit Selbstverantwortung, die sie in der fortgeschrittenen Moderne erfährt, in den eigenen lebensweltlichen Bezügen keine Relevanz entfaltet bzw. entfalten kann und somit auch nicht sinnhaft gedeutet werden kann. Dass selbstverantwortliche Lebens- und Sterbegestaltung möglich ist und dass der Wille besteht, das eigene Lebensende in derart selbstverantwortlicher Selbst-Organisation und damit mehr oder weniger aktiv zu gestalten, ist hierbei immer schon vorausgesetzt (Peuten/Schneider 2019).

›Gutes Sterben‹ wird zwar situationsspezifisch ausgehandelt und ist ohne Frage vielgestaltig; mit der Anbindung an handlungswirksame ideal-normative Prinzipien erstrebenswerter Lebensführung ist es aber eben auch einer Besser-Schlechter-Kategorisierung unterworfen. Immer spezifischere Qualitätsindikatoren sowie entsprechende Mess- und Bewertungsinstrumente, anhand derer (gutes) Sterben beurteilbar wird,⁵ eröffnen immer neue Sphären des Einflussnehmens und immer umfassendere und weitreichendere Ansatzpunkte zur Optimierung. Die Würdezentrierte Therapie ist ein ebensolcher exemplarischer Ansatzpunkt, in dessen Rahmen mittels vorstrukturierter Erinnerungsleistung narrative Lebensdeutungen und ggf.-umdeutungen stattfinden.

Ausgrenzungspotenziale Würdezentrierter Therapie

Die Dignity Therapy bzw. Würdezentrierte Therapie als strukturierte psychotherapeutische Kurzintervention wurde von Harvey Max Chochinov – Psychiater mit Schwerpunkt Palliativmedizin – und einer Forschungsgruppe der Universität Manitoba in Kanada vor knapp 20 Jahren entwickelt. Angewendet wird sie hauptsächlich in hospizlich-palliativen Settings und dabei vor allem im Kontext stationärer palliativmedizinischer Versorgung auf Palliativstationen. In Deutschland wurde sie zuerst im Jahr 2013 durchgeführt. Seit der Gründung des Vereins *Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde* im Jahr 2015 sowie der Übersetzung des zentralen Handbuchs *Dignity Therapy. Final Words for Final Days* ins Deutsche (Chochinov 2012; ders. 2017) durchläuft sie hierzulande einen stetigen Prozess der Institutionalisierung und Etablierung. Im Juli 2021 gab der Verein auf seiner Homepage bekannt, dass der *Deutsche Hospiz- und PalliativVerband* sowie die *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin* – als machtvolle zentrale Wissensinstanzen und -multiplikatoren der Sterbendenversorgung und -begleitung – das vereinsseitig

⁵ Siehe dazu die Übersicht der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* zum ›Palliativmedizinischen Basisassessment‹ sowie die empfohlenen standardisierten Messverfahren zur Selbst- und Fremdeinschätzung von Symptomlasten und weiteren versorgungsrelevanten Faktoren, die zur (abrechnungsrelevanten) Standarddokumentation der Palliativversorgung gehören (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2022).

entwickelte Curriculum für die Würdezentrierte Therapie als zertifiziertes Ausbildungsmodul anerkannt haben (Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde 2022a). Auch die Nennung und Empfehlung der Würdezentrierten Therapie in der »S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung« zeugt von der Akzeptanz, die die Kurzintervention als therapeutisches Verfahren mittlerweile in Fachkreisen erfährt (Leitlinienprogramm Onkologie 2020: 373 ff., 432 ff.).

Der Ablauf einer Würdezentrierten Therapie folgt einem mehrstufigen Prozess und gliedert sich in folgende Schritte:

1. Halbstrukturiertes Interview an einem bis zwei Terminen
2. Transkription des Interviews
3. Editieren des Interviews
4. Vorlesen des gesamten vorläufigen Dokumentes durch die Würde-therapeuten
5. Erstellen des fertigen Dokuments
6. Übergabe des fertigen Dokuments

Kernprozess der Intervention ist das gezielte und angeleitete Sich-Erinnern an Gedanken, Ideen und Ereignisse mithilfe eines Fragenkatalogs. Dieser Fragenkatalog beruht auf einem »Würdemodell«, das auf Basis von Patientenbefragungen entwickelt wurde (Chochinov et al. 2002). Würde, als allgegenwärtiger Großbegriff, unverhandelbarer Bezugspunkt und Maßstab jeden medizinischen Handelns, der in seiner Absolutheit (ebenso wie der Begriff der Selbstbestimmung) inhaltlich oftmals uneindeutig bleibt, wird hier empirisch bestimmt. Was die befragten sterbenden Patienten unter Würde verstehen und wie sie Würde erleben, ist Ausgangsbasis des Modells. Im Fokus steht das Erleben von Würde und Würdeverletzungen aus Patientensicht. Damit wird Würde – als Würdeempfinden und -erleben – therapeutisch direkt verfügbar (gemacht) und kann, so der Ansatz der Würdezentrierten Therapie, in der jeweiligen Versorgungspraxis beeinflusst, bewahrt und gestärkt werden. Das Modell unterscheidet drei Dimensionen und ordnet diesen jeweils verschiedene würdebeeinflussende Themenschwerpunkte und Faktoren zu (Abb. 1).

WÜRDE: KATEGORIEN, THEMEN UND UNTERTHEMEN		
Krankheitsbezogene Aspekte	Würdebewahrendes Repertoire	Inventar sozialer Würde
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Grad der Unabhängigkeit <ul style="list-style-type: none"> <li style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Kognitive Verfassung <li style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Funktionelle Kapazität </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Symptomlast <ul style="list-style-type: none"> <li style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Körperliche Belastung <li style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Psychische Belastung </div> <ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Ungewissheit • Angst vor dem Sterben </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Würdebewahrende Perspektiven <ul style="list-style-type: none"> • Selbstkontinuität • Aufrechterhaltung von Rollen • Generativität / Vermächtnis • Bewahrung von Stolz Hoffnung • Autonomie / Kontrolle • Akzeptanz • Resilienz / Kampfgeist </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Würdebewahrendes Handeln <ul style="list-style-type: none"> • Leben »im Moment« • Erhalt von Normalität • Streben nach spirituellem • Wohlbefinden </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Privatsphäre </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Soziale Unterstützung </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Haltung der Behandelnden </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Belastung für andere sein </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Sorgen hinsichtlich der Zeit nach dem Tod </div> </div>

Abb. 1: Modell zur Würde bei unheilbarer Erkrankung (vgl. Chochinov 2017: 28)

Den Aspekten ›Generativität/Vermächtnis‹ als Element des sogenannten würdebewahrenden Repertoires sowie die ›Haltung der Behandelnden‹ und ›Sorgen hinsichtlich der Zeit nach dem Tod‹ in der Kategorie ›Inventar sozialer Würde‹ werden im Rahmen der Würdezentrierten Therapie besondere Bedeutung beigemessen. Während die Haltung der Behandelnden die »würdebewahrende Versorgung« in den Blick nimmt, die sich am Erwerb und der Beachtung der Kernkompetenzen ›Einstellung‹, ›Verhalten‹, ›Mitgefühl‹ und ›Gespräch‹ orientiert, sind die beiden anderen genannten Themenschwerpunkte eng miteinander verknüpft (vgl. Chochinov 2017: 54 ff.). Beide Aspekte entfalten über den je eigenen Tod hinaus Wirksamkeit und korrelieren unmittelbar mit der vorausschauenden Übernahme von Verantwortung für sich selbst und ganz explizit für Hinterbliebene. Es geht nicht nur darum, etwas zu schaffen, das bleibt, um eine biografische Hinterlassenschaft, die Verstorbene überdauern wird – und damit nicht nur um das therapeutische Ziel eines gestärkten, kontinuierten Gefühls von Bedeutung und Sinnhaftigkeit am Lebensende. Darüber hinaus geht es auch um die »sorgende Ermöglichung der Zukunft« (King 2020: 147). Als Objektivierung dieser erinnerungsbezogenen Subjektivierungspraktik

entsteht ein transgeneratives Selbst-Vermächtnis für Hinterbliebene – im Jargon der Würdezentrierten Therapie: ein ›Generativitätsdokument‹.

Ausschließende bzw. voraussetzungsvolle Momente ergeben sich im Kontext Würdezentrierter Therapie sowohl hinsichtlich der sie umgebenden und anleitenden Rhetoriken wie auch mit Blick auf sich mitunter durchaus konkret formulierende Erinnerungsanforderungen und den strategisch-gestalterischen Textumgang im Rahmen des Editierungsprozesses. Daher wird bei der exemplarischen Sichtung des praxisrelevanten Grundlagenmaterials zwischen a) sprachlich-impliziten Ausgrenzungspotentialen, b) spezifischen Erinnerungsanforderungen und c) korrekturen bis hin zu quasi-zensorischen Strategien der Gesprächsführung und des Editierens unterschieden.

Sprachlich-implizite Ausgrenzungspotentiale: Die Rede von den ›Liebsten‹

Ist im Kontext Würdezentrierter Therapie von Hinterbliebenen die Rede, sind die ›Liebsten‹, wahlweise ›Lieben‹ begrifflich allgegenwärtig. Nachfolgend zwei der zahlreichen Beispiele aus dem Handbuch der Würdezentrierten Therapie:

»Daher sieht die Würdezentrierte Therapie das Anfertigen eines – sorgfältig erstellten und editierten – Dokuments vor, das Gedanken enthält, welche die Patientinnen und Patienten ihren Liebsten hinterlassen möchten.« (Chochinov 2017: 65)

»In vielen Fällen sind es einfache Weisheiten, die Patientinnen und Patienten ihren Liebsten hinterlassen möchten.« (ebd.: 78)

Während es sich bei erstgenanntem Zitat um eine resümierende Feststellung des Autors im Kontext seiner Ausführungen zur Schriftform als »ideale Form der Generativität oder des Vermächtnisses« (ebd.: 65) handelt, leitet das zweite Zitat einen Auszug aus einem Fallbeispiel bzw. Erfahrungsbericht ein. Derartige Schilderungen, sozusagen aus erster Hand, durchziehen das gesamte Handbuch und werden neben dem Verweis auf quantitative Studien

als veranschaulichende Praxisbelege für die Wirksamkeit, Machbarkeit und Akzeptanz würdetherapeutischer Intervention genutzt.

Auch der Fragenkatalog der Würdezentrierten Therapie referenziert auf die ›Lieben‹:

»Gibt es etwas, von dem Sie merken, dass es gegenüber Ihren Lieben noch ausgesprochen werden will?« (ebd.: 103)

Die Verwendung der Begrifflichkeiten wird darüber hinaus vielfach übernommen, wenn die Kurzintervention als therapeutische Methode vorgestellt oder auf sie Bezug genommen wird; sie begrenzt sich nicht auf die Originaltexte. Auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Patientenwürde (2022b) heißt es etwa:

»Durch den Fokus auf die Ressourcen der Patientinnen und Patienten gibt die Würdezentrierte Therapie diesen die Möglichkeit, sinnhafte Aspekte ihres Lebens aufzuzeichnen und ihren Liebsten für die Zukunft zu hinterlassen.«

Ebenso verhält es sich bei wissenschaftlichen Veröffentlichungen und praxisnahen Fachpublikationen. Hier ein Beispiel aus der Fachzeitschrift *Der Onkologe*:

»Die Möglichkeit, den Liebsten ein Dokument über die eigenen Erinnerungen, Werte und Wünsche zu hinterlassen, ist ein entscheidender Teil der Intervention und stärkt das eigene Vermächtnis als eine weitere würdewahrende Perspektive.« (Hartl/Rabe/ Jentschke 2021: 924)

Die angeführten Beispiele verdeutlichen den unmittelbaren Nexus zwischen implementierten Begriffen, therapiesspezifischem Ansatz und einer dem Gesamtkonzept zugrunde gelegten Haltung. Angehörige bzw. Hinterbliebene sind für die Würdezentrierte Therapie wesentlich: Sie sind die Adressaten des schriftlich festgehaltenen und aufbereiteten Erinnerten und damit Voraussetzung für das Durchführen und vor allem den Abschluss der Kurzintervention. Manifest wird diese zentrale Bedeutsamkeit im Moment der Weitergabe bzw. des Annehmens des fertigen Dokuments. Ohne nahestehende Personen keine Würdezentrierte Therapie. Dabei genügt es offen-

kundig nicht, Angehörige zu haben – was per se schon ein Selektionskriterium darstellt –, sondern es müssen auch noch die ›Liebsten‹ sein. In der allgegenwärtigen Attribuierung als die ›Liebsten‹ bzw. ›Lieben‹ perpetuieren sich fortlaufend Exklusivitäten, die den Zugang zur Würdezentrierten Therapie implizit erschweren oder gar verhindern können. Ausgesprochen gute, emotional begründete, auf Dauer gestellte Beziehungen zu den Angehörigen erscheinen hierbei als weithin gegeben und normal. Dies ist hinsichtlich der Lebensrealität vieler Menschen allerdings mehr als fraglich.

Spezifische Erinnerungsanforderungen: ›Leistung‹ als normativ-idealer Selbst-Verweis?

Voraussetzungsvoll sind im Rahmen der *Würdezentrierten Therapie* auch gesellschaftlich virulente Großbegriffe, die im Fragenkatalog der halbstrukturierten Interviews verankert sind – was aber nicht bedeutet, dass alle dort genannten Fragen notwendigerweise bei jedem Interview zum Einsatz kommen. Der Fragenkatalog umfasst zunächst zwei Bereiche. Der erste ist eher biografisch angelegt und fokussiert bedeutsame Episoden der Lebensgeschichte. Neben sehr offen formulierten Fragen wie »Wann haben Sie sich besonders lebendig gefühlt?« (Chochinov 2017: 103) wird hier beispielsweise auch nach den wichtigsten Aufgabenbereichen gefragt, die im Leben eingenommen wurden, weshalb diese Aufgaben wichtig waren und was im Hinblick auf diese erreicht wurde. Der zweite Teil beinhaltet dann eher emotionalisierende Fragen u.a. nach Hoffnungen, Wünschen und Ratschlägen für die zukünftig Hinterbliebenen (vgl. ebd.). Mal mehr, mal weniger explizit geben die Fragen damit bestimmte Erinnerungspfade und -foki vor. Konkrete Erinnerungsanforderungen äußern sich in folgender Frage:

»Was sind Ihre wichtigsten Leistungen, worauf sind Sie besonders stolz?« (Ebd.)

Ausgangspunkt, Maßstab und Zielgröße der eigenen positiv erinnernden Lebensbewertung und -bilanzierung sind demnach Leistungen. Diese werden als Gegenstand berechtigen Stolzes ausgemacht. Definatorisch bleibt

dabei durchaus offen, um welche Leistungen es sich handelt. So gesehen, bleibt der Begriff auch vermeintlich offen für individuelle Adaptionen und Zuschreibungen. Deuten sich mit der Rückbindung an das gesellschaftlich virulente Leistungsprinzip nicht dennoch Engführungen an bzw. Verweise auf ideale Selbst-Bilder, die bezogen auf die eigene Lebenserinnerung nicht zwangsläufig Bedeutsamkeit entfalten (können), da die je individuellen Lebensleistungen derart gerahmt nicht als solche verbucht und dementsprechend auch nicht erinnert werden (können)? Hier wird ja nicht etwa gefragt, womit Befragte zufrieden sind oder was sie zufrieden macht. Unweigerlich zentriert der Leistungsbegriff auf subjektiv gestalterische selbstbestimmte Komponenten gelingender Lebensführung, (re-)formuliert diskursiv erzeugte Deutungshoheiten und rahmt bzw. bahnt die jeweilige Erinnerungspraktik.

Vehikel gelingenden Erinnerns: Strategien der Gesprächsführung und des Editierens

Das Eingebettetsein der Würdezentrierten Therapie in das Inventar ›guter‹ Sterbegestaltung zeigt sich besonders deutlich bei der Durchführung der Interviews sowie dem anschließenden Editieren des transkribierten Textes. Hier setzt die würdetherapeutische Expertise an und wird explizit. Elementar ist die kooperativ-vorausschauende Gesprächsführungscompetenz der Würdetherapeuten, die maßgeblich darüber entscheiden,

»ob Patienten erfolgreich ihr Ziel erreichen. [...] Die Spannung, den Patienten zu erlauben, selbstständig voranzugehen, und dabei zu wissen, wann sie angeleitet oder sogar in eine andere Richtung gelenkt werden müssen, ist die Essenz des aktiven Zuhörens und der Begleitung der Würdezentrierten Therapie« (ebd.: 110 f.).

Anleiten und Lenken sind demnach probate Mittel therapeutischen Handelns, um das Gefühl von Sinnhaftigkeit, Bedeutung und Kontinuität am Lebensende zu stärken. Chochinov unterscheidet drei verschiedene Arten von Geschichten: die ›guten‹, die ›traurigen‹ und die ›hässlichen‹. Gute Geschichten sind bei Chochinov »Erzählungen, die vor allem einen

Rückblick auf ein gut gelebtes Leben und einen Ausdruck der Dankbarkeit für die vielen Geschenke des Lebens vermitteln» (ebd.: 118). Zum Ausdruck gebrachte Dankbarkeit dient hier als charakteristischer Zuordnungsmarker. Während persönliche Tragödien, Versäumnisse oder frühere Fehler den traurigen Geschichten zugeordnet werden, sind hässliche Geschichten solche, bei denen befürchtet wird, sie könnten die Empfänger des Generativitätsdokuments verletzen und dauerhaft Schaden anrichten (vgl. ebd.: 118 ff.). Beispielhaft wird hierfür die Beschreibung einer Mutter angeführt, die ihren Sohn als »Gammler« und »Schnorrer« bezeichnet (vgl. ebd.: 121).

Die Sichtbarkeit und damit essenzielle Veränderung, die das verbal im Gespräch Erinnerte durch die Verschriftlichung im Generativitätsdokument erfährt, birgt mit Blick auf die Erreichung das anvisierte Therapieziels Risiken, denen es zu begegnen gilt. Zwischen den Betroffenen ist kein erläuternder, reflektierender und relativierender Dialog mehr möglich, die Schriftform verstetigt unwiderrufbar. Mit Geschichten der Kategorie ›gut‹ und ›traurig‹ kann im Rahmen der Würdezentrierten Therapie umgegangen werden, diese sind als Ausgangs- und Ansatzpunkt der therapeutischen Arbeit akzeptabel – hässliche Geschichten hingegen gefährden das Ziel würdetherapeutischer Intervention. Sie markieren eine Grenze. Der klare Auftrag an die Interviewenden lautet hier: Eingreifen. Dieses Eingreifen sieht die mehr oder minder direkte und soweit in der jeweiligen Situation mögliche Konfrontation der Befragten mit dem Gesagten vor – mit dem Ziel, auf alternative Formulierungen hinzuwirken und damit, interaktiv gerahmt, Erinnerungsanpassungen vorzunehmen (vgl. ebd.: 122 ff.). Die aktive Distanzierung von der zuvor eingenommenen Zuhörer- und Übermittlerrolle im Rahmen dieser strategischen Umdeutungsintervention dient dazu, vermeintlich Hässliches für die Therapie doch noch nutzbar zu machen.

Neben dem vergleichsweise offensichtlich korrigierenden Eingreifen innerhalb der Gesprächssituation gibt es eine Reihe subtiler bzw. weniger offen zutage tretender Maßnahmen und Strategien, die im Rahmen trauriger und hässlicher Geschichten bei der Gestaltung und Herstellung des fertigen Schriftstücks zum Einsatz kommen. Konflikthaftes, Ungelöstes, Belastendes wird durch Nachfragen, In-Beziehung-Bringen und Hinführen zu den vorgesehenen Erinnerungsfoki ›Wünschen‹, ›Hoffen‹ und ›Raten‹ eingepasst und so umgedeutet, dass es sinnhaft erfahrbar wird – etwa in Form einer Entschuldigung oder Erklärung:

»Zum Beispiel nutzte ein trauriger alter Herr mit einer langjährigen Alkoholabhängigkeit seine Therapie als Gelegenheit, seinen Kindern und Enkeln ›ein besseres Leben, als ich es hatte‹ zu wünschen. Er erklärte, realisiert zu haben, dass es für eine Wiedergutmachung gegenüber den Kindern ›zu spät sei‹, er aber wolle, dass seine Enkelkinder die Wahrheit über ihn kennen [...].« (Ebd.: 94)

Allzu Negatives und Trauriges wird, pointiert gesagt, solange bearbeitet, bis etwas Deutbares, Verkraftbares, Handhabbares entsteht, das Hinterbliebenen zuzumuten ist und seitens der Befragten als bewältigbar aufscheint.

Zudem werden auch sprachliche Glättungen vorgenommen. Anders als bei den Audioaufnahmen, bei denen unweigerlich hörbar wird, wenn es den Befragten zum Zeitpunkt des Interviews nicht gut geht, diese geschwächt oder sehr emotional sind, soll dies aus dem Text möglichst nicht hervorgehen. Pausen, Unterbrechungen im Redefluss, Kurzatmigkeit und der gleichen werden im redigierten Dokument nicht kenntlich gemacht. Ziel ist es, dass das Generativitätsdokument »eine Quelle des Trostes« ist und bleibt (ebd.: 98). Im Zuge des Editionsprozesses soll ein Dokument entstehen, das zwar möglichst nah am Gesagten bleibt, jedoch gut lesbar ist und den Anschein einer fortlaufenden Erzählung erweckt. Wo immer möglich, werden daher Nachfragen und Eingriffe der Interviewwenden – abseits der großen, im Fragenkatalog versammelten Hauptfragen – gelöscht und damit strukturierende und richtungsggebende Impulse verdeckt.

Außerdem werden teils erhebliche Veränderungen hinsichtlich der Reihenfolge des Gesagten und der Gesprächskontexte vorgenommen, die für Lesende als solche nicht erkennbar sind. Ordnung und Kontinuierung sind demzufolge weitere Vehikel strategischer Erinnerungsgestaltung. Im Rahmen des Konzepts Würdezentrierter Therapie firmiert dies unter den Teilschritten ›Aufräumen des Transkripts‹, ›Prüfung der Verständlichkeit‹, ›Korrektur zeitlicher Abläufe‹ und ›Finden eines gelungenen Endes‹ (vgl. ebd.: 152 ff.). Jedes Transkript durchläuft dieses editierende Verfahren, bei dem aus würdetherapeutischer Sicht sichergestellt werden soll, dass am Ende ein Schriftstück vorliegt, das sowohl dem Anspruch auf Individualität wie auch den therapeutischen Zielsetzungen von Würdebewahrung respektive Würdestärkung Genüge leistet. Die hier skizzierten Strategien der Gesprächsführung und des Editierens – Einpassung bzw. Umdeutung, sprachliche Glättung sowie Ordnung und Kontinuierung – dienen dazu, therapieseitig

ausgemachte Stolpersteine gelingenden Erinnerns und Erinnert-Werdens zu beseitigen. Damit wird zwar nicht vergessen gemacht, was aus würde-therapeutischer Sicht (so) nicht erinnert werden soll, aber soweit modelliert, dass es dem Therapieerfolg nicht im Wege steht. Insofern weist die Würde-zentrierte Therapie Züge – wenn auch nicht technisch oder medikamentös unterstützt und umgesetzt – retrospektiver »Gedächtniskosmetik« auf (Lau/Wehling/Dimbath 2011: 334).

Doch was, wenn bei (noch) vorhandenen Beziehungen Dissonanzen oder Zerwürfnisse im Vordergrund stehen, die nicht korrigierend bearbeitet werden können, oder wenn Nicht-Gelungenes, Bereutes und Verpasstes die eigene Erinnerung bestimmen? Stehen negative, leidvolle Erinnerungen derart im Vordergrund, dass gezieltes Nicht-Erinnern bzw. das Bearbeiten und Umfunktionieren unerwünschter Erinnerungsinhalte und damit gute erinnerungsbezogene Sterbegestaltung unmöglich wird, stößt Würde-zentrierte Therapie an ihre Grenzen. In der Praxis kann das den Abbruch der Therapie zur Folge haben:

»Manchmal muss ich auch sozusagen umlenken, weil zum Beispiel die psychische Verfassung eines Interviewpartners so viel Traurigkeit in sich trägt, dass immer wieder negative Gedanken in den Vordergrund treten, welche auch das würde-zentrierte Dokument nicht füllen sollen.« (Kämmerer 2019)

Entsprechend pathologisiert, werden Erinnerungen, die nicht handhabbar gemacht werden können und die nicht weichen wollen, zum Gegenstand anderen therapeutischen Wirkens deklariert, sie sollen im Rahmen Würde-zentrierter Therapie jedoch explizit keine schriftlich fixierte Erinnerungs-Realität werden.

Erinnerungsimperative als Ausdrucksform ›guter‹ Sterbegestaltung

Die Würdezentrierte Therapie erweitert den Raum ›guter‹ Sterbegestaltung und kontinuiert vorherrschende Deutungsdominanzen des ›guten Sterbens‹. Sie adressiert Erinnernde in ihrer Rolle als involvierte und sich möglichst involvierende Sterbende, die – beispielsweise im Zuge der Umdeutung hässlicher Geschichten – maßgeblich an dessen Zustandekommen beteiligt

sind. Gelingendes Erinnern ist selektiv und kann im Rahmen der Kurzintervention nur wechselseitig realisiert werden. Das bedeutet, es gelingt nur, wenn Teilnehmende den an sie gerichteten Erinnerungsanforderungen nachkommen und diese für sich sinnvoll verorten können. ›Gutes Sterben‹ mit all seinen normativ gesetzten Maßstäben und Idealen ist der Referenzrahmen Würdezentrierter Therapie. Dieser grenzt Erinnerungsspielräume ein und macht Erinnern bzw. die je eigene Erinnerungspraxis zum bearbeitbaren Gegenstand professioneller Intervention.

Erinnerungsanforderungen sind dabei keineswegs absolut und formulieren sich oftmals nicht sonderlich explizit, vielmehr verdeckt in Form empfehlender, plausibilisierender, versichernder, regulativer Taktiken. Sie strukturieren ›gelingende‹ Erinnerungspraxis jedoch in erheblichem Maße vor und können sich zu einem mehr oder weniger rigiden Erinnerungsregime verdichten. Erinnern oder vielmehr *richtiges* Erinnern wird zum weiteren exemplarischen Ansatzpunkt guter Sterbegestaltung, das ›Problem der Selbstsorge‹ (Lemke 2000: 38) weitet sich aus. Immer mehr kann und muss beachtet und unternommen werden, um die eingangs erwähnten Risiken eines nicht zustande kommenden ›guten Sterbens‹ zu minimieren. Die allgegenwärtige Unsicherheit, die ›gutes Sterben‹ umgibt, macht vorausschauendes absicherndes Handeln notwendig und wahrscheinlich. Wie skizziert, kommen im Rahmen der Kurzintervention Subjektivierungstechniken in Form ganz unterschiedlich gelagerter Erwartungshaltungen an Erinnernde zum Einsatz, die mit spezifischen Subjektpositionen operieren und diesbezügliche Identifikationsvorlagen zur Verfügung stellen. Insofern handelt es sich bei der therapeutischen Kurzintervention um eine angeleitete, mehr oder weniger direktive, das Leben(-sende) sowie die bestehenden Beziehungen befriedende und harmonisierende gouvernementale Selbsttechnologie, die selbstverantwortliche, sich selbst sorgende Subjekte im Visier hat (Bröckling/Krasmann/Lemke 2000; Angermüller/Dyk 2010). Sie wird sowohl hinsichtlich des zurückschauenden Sich-Selbst-Erinnerns wie auch des zukünftigen Erinnert-Werdens im jeweiligen Erinnerungsvollzug wirksam. Sie ist Ausdruck einer spezifischen sozialen Gedächtnisordnung.

Das bedeutet mitnichten, dass sich die Erinnernden den an sie gerichteten Anforderungen richtigen, gelingenden Erinnerns diskursiv determiniert und, so gesehen, passiv beugen müssen. Diese können auch zurückgewiesen, ignoriert oder schlichtweg als nicht selbstwirksam wahrgenommen werden

(Saake/Nassehi/Mayr 2019). Individuelle Welt- und Selbstdeutungen können diskursiven Selbst-Ansprüchen zuwiderlaufen und erst, wenn »im Diskurs angebotene Subjektpositionen aufgegriffen und in Praktiken (nach-)vollzogen werden, also diskursiv angeleitete Selbsttechniken sich in der Handlungsorientierung von Individuen niederschlagen, kann von einer subjektivierenden Wirkung von Diskursen die Rede sein« (Bosančić/Pfahl/Traue 2019: 147). Die normativen Wissenssegmente zum ›guten Sterben‹ und die sich jeweils konkret ausformenden Anrufungen bzw. Adressierungen – hier exemplarisch anhand der Würdezentrierten Therapie beleuchtet – bilden vielmehr den gegenwärtig machtvollen diskursiven Bezugsrahmen, zu dem sich die erinnernden Subjekte ins Verhältnis setzen (müssen). Widerständige Potenziale werden dabei als jedem Machtverhältnis per se inhärent mitgedacht. Sagbarkeiten und Unsagbarkeiten im Umfeld des ›guten Sterbens‹ definieren einen derzeit gültigen Wissensraum, der sich gegen gegendiskursive, oppositionelle Kräfte behaupten muss und, so gesehen, fragil ist. Er unterliegt permanenten dynamischen Aushandlungsprozessen, in deren Folge er stabilisiert, begrenzt, erweitert oder gar redefiniert wird. »[Widerstände] sind in den Machtbeziehungen die andere Seite, das nicht wegzudenkende Gegenüber.« (Foucault 2014: 96) Gewiss ist es jedoch für einige schwieriger als für andere, »ein Aber formulieren zu können« (Bruns 2005: 110), und nicht alle Subjekte sind zu jedem Zeitpunkt gleichermaßen diskurstmächtig. Positionen, von denen aus wahr gesprochen werden kann, müssen erobert, die Regeln des Wahrsprechen-Könnens befolgt werden (können).

Fazit

Es zeigt sich, dass Würdezentrierte Therapie 1) konzeptinhärente Ausgrenzungspotenziale, Zugangshürden und Erinnerungswänge aufweist, die sich begrifflich-sprachlich manifestieren, und 2) Erinnern und Erinnerbares an der normativen Programmatik ›guter‹ Sterbegestaltung ausrichtet und diese damit stabilisiert, mit- und reproduziert. Selbstbestimmung und Würde werden dabei auf spezifische Weise in Beschlag genommen, der Rückgriff auf sie als per se indiskutabile Bezugsgrößen hat legitimatorischen Charakter und regulativ-ethisierende Effekte. Die Würde-

zentrierte Therapie steht in einem unmittelbaren Verweisungszusammenhang mit diskursiv legitimierten Wissensbeständen dazu, wie derzeit ›gut‹ gestorben werden kann und adressiert ein selbstbestimmt-selbstverantwortliches, gestaltendes »Sterbesubjekt« (Stadelbacher/Schneider 2016: 76). Professionell angeleitet, wird in einem vermeintlich ko-konstruktiven Prozess ›richtiges‹ Erinnern hergestellt, prozesshaft erarbeitet und schließlich objektiviert. Dies funktioniert nur, wenn Befragte bzw. Teilnehmende den entsprechend fokussierten Erinnerungsauftrag annehmen, die in ihm formulierten Relevanzen und Grenzen gelingenden Erinnerns anerkennen und an dem dann gemeinsamen Ziel eines therapeutisch hilfreichen und für sich und Angehörige verwahrheiteten Erinnerungsdokuments aktiv mitarbeiten. Das Schriftstück wird, mittels der im Verlauf der therapeutischen Kurzintervention realisierten Erinnerungskonstruktionen, zur Erinnerungswahrheit. Damit der erinnerungsbasierte gegenwärtige Sinnvollzug entsprechend der diskursiv vorgeprägten und aktuell gültigen Wissenshorizonte zum ›guten Sterben‹ möglich wird,⁶ ist auch die Akzeptanz und Übernahme spezifischer Rollenanforderungen und -zuweisungen unabdingbar. Diese bringen je nach institutionellem Setting und den dort jeweils vorherrschenden Deutungsrahmen und Handlungslogiken unterschiedliche Erwartungen und Pflichten – beispielsweise des Kommunizierens, Zulassens und sich Einbringen – mit sich (Drefske 2005; ders. 2008).

Im Rahmen Würdezentrierter Therapie wird ein wohlwollender, selbstvergewissernder Lebensrückblick angestrebt, der es trotz etwaiger Krisen und Rückschläge im Lebensverlauf ermöglicht, das eigene Leben retrospektiv als sinnhaft und gelungen zu deuten. Schwierige Themen und tiefgreifende, ungelöste Konflikte haben im Gespräch zwar ihren Platz, jedoch nur in begrenztem Maße und vorrangig als Ansatzpunkt für die weiterführende therapeutische Arbeit bzw. Begleitung – und nicht als Gegenstand des schriftlich Festgehaltenen und damit langfristig Erinnerbaren. Es gilt, entsprechend erforderliche Erinnerungskompetenzen in geordneter Weise einzusetzen oder ggf. zu entwickeln. Gemäß legitimierter Wissensbestände zum ›guten Sterben‹ kann mit Blick auf die anvisierten therapeutisch-wert-

6 Zur Selektivität und Sozialität von Sinn und der idealtypischen Unterscheidung der Sozialität von Sinnvollzügen anhand der Dimensionen ›subjektiv‹, ›situativ‹, ›räumlich‹ und ›zeitlich‹ siehe Sebald 2014: 89 ff.

vollen, stärkenden, tröstlich-heilsamen Effekte demnach gelingend oder weniger gelingend erinnert werden. Erinnern wird zum Ansatzpunkt und Handlungsfeld hospizlich-palliativen ›guten Sterben-Machens‹ und damit dessen Deutungshoheiten unterworfen.

Literatur

- Angermüller, Johannes/Dyk, Silke van (2010) (Hg.): *Diskursanalyse meets Gouvernementalitätsforschung. Perspektiven auf das Verhältnis von Subjekt, Sprache, Macht und Wissen*, Frankfurt am Main.
- Bentley, Brenda/O'Connor, Moira/Breen, Lauren J./Kane, Robert (2014): »Feasibility, Acceptability and Potential Effectiveness of Dignity Therapy for Family Carers of People with Motor Neurone Disease«, in: *BMC Palliative Care* 13, <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-684X-13-12.pdf> (30. Januar 2022).
- Bosančić, Saša/Pfahl, Lisa/Traue, Boris (2019): »Empirische Subjektivierungsanalyse. Entwicklung des Forschungsfeldes und methodische Maximen der Subjektivierungsforschung«, in: Bosančić, Saša/Keller Reiner (Hg.): *Diskursive Konstruktionen. Kritik, Materialität und Subjektivierung in der wissenssoziologischen Diskursforschung*, Wiesbaden, S. 135–150.
- Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (2000): *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt am Main.
- Brunn, Claudia (2005): »Wissen. Macht. Subjekt(e). Dimensionen historischer Diskursanalyse am Beispiel des Männerbunddiskurses im Wilhelminischen Kaiserreich«, in: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 16, Heft 4, S. 106–122.
- Chochinov, Harvey M. (2002): »Dignity-Conserving Care – a New Model for Palliative Care. Helping the Patient Feel Valued«, in: *Journal of the American Medical Association* 287, Heft 17, S. 2253–2260.
- Chochinov, Harvey M. (2017): *Würdezentrierte Therapie. Was bleibt – Erinnerungen am Lebensende*, Göttingen.
- Chochinov, Harvey M. (2012): *Dignity Therapy. Final Words for Final Days*, Oxford.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2022): »Palliativmedizinisches Basis-assessment (PBA)«, <https://www.dgpalliativmedizin.de/category/3-pba-dokumentationshilfen.html>, (11. März 2022).

- Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e. V. (2022a): »Fort- und Weiterbildung«, <https://www.patientenwuerde.de/deutsche-gesellschaft-fuer-patientenwuerde-e-v/termine-und-kurse/> (11. März 2022).
- Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e. V. (2022b): »Würdezentrierte Therapie«, <https://www.patientenwuerde.de/ich-arbeite-in-gesundheitswesen/werkzeugkiste/wuerdezentrierte-therapie/> (11. März 2022).
- Dimbath, Oliver/Heinlein, Michael (2015): *Gedächtnissoziologie*, Paderborn.
- Dreßke, Stefan (2005): *Sterben im Hospiz*, Frankfurt am Main.
- Dreßke, Stefan (2008): »Identität und Körper am Lebensende. Die Versorgung Sterbender im Krankenhaus und im Hospiz«, in: *Psychologie und Gesellschaftskritik* 32, Heft 2/3, S. 109–129.
- Feldmann, Klaus (2018): »Sterben, Sterbehilfe, Töten, Suizid. Bausteine für eine kritische Biothanatologie und für eine Kultivierungstheorie«, http://www.feldmann-k.de/tl_files/kfeldmann/pdf/thanatosoziologie/feldmann_sterben_sterbehilfe_toeten_suizid.pdf (11. März 2022).
- Foucault, Michel (2014): *Sexualität und Wahrheit*, Bd. 1: *Der Wille zum Wissen*, Frankfurt am Main.
- Hall, Sue/Goddard, Cassie/Opio, Diana/Speck, Peter/Higginson, Irene J. (2011): »Feasibility, Acceptability and Potential Effectiveness of Dignity Therapy for Older People in Care Homes. A Phase II Randomized Controlled Trial of a Brief Palliative Care Psychotherapy«, in: *Palliative Medicine* 26, Heft 5, S. 703–712.
- Hartl, Veronika/Rabe, Antonia/Elisabeth, Jentschke (2021): »Psychoonkologische Methoden bei fortgeschrittenen Tumoren – Dignity Therapy«, in: *Der Onkologe* 27, Heft 9, S. 922–928.
- Kämmerer, Chris (2019): »Würdezentrierte Therapie«, in: *Palliare*, <https://palliare.org/2019/06/11/wuerdezentrierte-therapie/> (11. März 2022).
- King, Vera (2020): »(Für-)Sorge«, in: Schinkel, Sebastian/Schinkel, Sebastian/Hösel, Fanny/Köhler, Sina-Mareen/König, Alexandra/Schilling, Elisabeth/Schreiber, Julia/Soremski, Regina/Zschach, Maren (Hg.): *Zeit im Lebensverlauf. Ein Glossar*, Bielefeld, S. 143–149.
- Langer, Antje/Nonhoff, Martin/Reisigl, Martin (Hg.) (2019): *Diskursanalyse und Kritik*, Wiesbaden.
- Lau, Christoph/Wehling, Peter/Dimbath, Oliver (2011): »Therapeutisches Vergessen. Auf dem Weg zur Technisierung des Vergessens?«, in: Dimbath, Oliver/Wehling, Peter (Hg.): *Soziologie des Vergessens. Theoretische Zugänge und empirische Forschungsfelder*, Konstanz, S. 317–338.

- Leitlinienprogramm Onkologie (2020): »Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung (Langversion 2.2)«, https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf (11. März 2022).
- Lemke, Thomas (2000): »Neoliberalismus, Staat und Selbsttechnologien. Ein kritischer Überblick über die governmentality studies«, in: *Politische Vierteljahreszeitschrift* 41, Heft 1, S. 31–47.
- Lindqvist, Olav/Threlkeld, Guinever/Street, Annette F./Tishelman, Carol (2014): »Reflections on Using Biographical Approaches in End-of-Life Care. Dignity Therapy as Example«, in: *Qualitative Health Research* 5, Heft 1, S. 40–50.
- Mai, Sandra S./Goebel, Swantje/Jentschke, Elisabeth/Oorschot van, Birgitt/Renner, Karl-Heinz/Weber, Martin (2018): »Feasibility, Acceptability and Adaption of Dignity Therapy. A Mixed Methods Study Achieving 360° Feedback«, in: *BMC Palliative Care* 17, <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12904-018-0326-0.pdf> (30. Januar 2022).
- Nonhoff, Martin (2019): »Diskursanalyse und/als Kritik«, in: Langer, Antje/Nonhoff, Martin/Reisigl, Martin (Hg.): *Diskursanalyse und Kritik*, Wiesbaden, S. 15–44.
- Peuten, Sarah (2018): *Die Patientenverfügung – über den Selbstbestimmungsdiskurs am Lebensende*, Münster.
- Peuten, Sarah (2019): »Grenzen in Bewegung. Zur aktuellen ›Sterbehilfe-Debatte‹«, in: *Kuckuck. Notizen zur Alltagskultur* 34, Heft 1, S. 38–43.
- Peuten, Sarah/Schneider, Werner (2019): »Kultursensible Palliative Care und Hospizarbeit. Zur Frage nach Zugangsgerechtigkeit«, in: Wasner, Maria/Raischl, Josef (Hg.): *Kultursensibilität am Lebensende. Identität – Kommunikation – Begleitung*, Stuttgart, S. 143–153.
- Saake, Irmhild/Nassehi, Armin/Mayr, Katharina (2019): »Gegenwarten von Sterbenden. Eine Kritik des Paradigmas vom ›bewussten Sterben‹«, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 71, Heft 1, S. 27–52.
- Schneider, Werner (2005): »Wandel und Kontinuität von Sterben und Tod in der Moderne. Zur gesellschaftlichen Ordnung des Lebensendes«, in: Bauerfeind, Ingo/Mendl, Gabriela/Schill, Kerstin (Hg.): *Über das Sterben. Entscheiden und Handeln am Lebensende*, München, S. 30–54.
- Schneider, Werner (2014): »Sterbewelten. Ethnographische (und dispositivanalytische) Forschung zum Lebensende«, in: Schnell, Martin W./Schneider, Werner/Kolbe, Harald (Hg.): *Sterbewelten. Eine Ethnographie*, Wiesbaden, S. 51–138.

Über ›gelingendes‹ Erinnern am Lebensende

- Schneider, Werner/Stadelbacher, Stephanie (2020): »Palliative Care und Hospiz. Versorgung und Begleitung am Lebensende«, in: Kriwy, Peter/Jungbauer-Gans, Monika (Hg.): *Handbuch Gesundheitssoziologie*, Wiesbaden, S. 481–510.
- Sebald, Gerd (2014): *Generalisierung und Sinn. Überlegungen zur Formierung sozialer Gedächtnisse und des Sozialen*, München.
- Stadelbacher, Stephanie/Schneider, Werner (2016): »Zuhause Sterben in der reflexiven Moderne. Private Sterbewelten als Heterotopien«, in: Benkel, Thorsten (Hg.): *Die Zukunft des Todes. Heterotopien des Lebensendes*, Bielefeld, S. 61–84.
- Stadelbacher, Stephanie/Schneider, Werner (2017): »Selbstbestimmung am Lebensende. Empirische Befunde aus der ambulanten Sterbendenversorgung«, in: Lindner, Josef F. (Hg.): *Selbst – oder bestimmt? Illusionen und Realitäten des Medizinrechts*, Baden-Baden, S. 63–82.

