

Übersicht

Z Gerontol Geriat 2011 · 44:336–339
 DOI 10.1007/s00391-011-0181-6
 Eingegangen: 21. November 2010
 Angenommen: 9. März 2011
 Online publiziert: 23. April 2011
 © Springer-Verlag 2011

M. Thönnies · N.R. Jakoby
 Soziologisches Institut, Universität Zürich

Wo sterben Menschen?

Zur Frage des Sterbens in Institutionen

Institutionalisiertes Sterben und Sterben zu Hause

Im Allgemeinen gilt die These, dass der Sterbeverlauf und die am Sterbeprozess beteiligten Menschen in den vergangenen 60 Jahren von der persönlichen Privatheit des Zuhauses in die professionelle Abgeschiedenheit von Krankenhäusern oder Pflegeheimen verlagert wurden [11]. Als Synonyme für diese Entwicklung stehen die Begriffe der *Institutionalisierung* oder *Hospitalisierung* [2, 23, 28]. Als eine Form konkreter Institutionalisierung des Sterbens steuert das Krankenhaus als Sterbeort zu vielfältigen Kontroversen bei. Es dient als Referenzpunkt für die unterschiedlichen Betrachtungen der anderen Sterbeorte, wie das Alten- oder Pflegeheim sowie das Sterben zu Hause [23, 28, 29, 30].

Kontroverse 1: Ist das Sterben in Institutionen in den letzten Jahrzehnten wahrscheinlicher geworden oder nicht? Die Anzahl Sterbender im Krankenhaus erreichte in den 1980er Jahren einen Höchstpunkt und nimmt bis heute mit einer Verlagerung des Sterbens in Alten- und Pflegeheimen ab [14]. Damit bleiben das Sterben und der Tod immer noch institutionalisiert, jedoch kann man bei der Betrachtung von nur in geringem Umfang vorliegenden amtlichen und repräsentativen Sterbeortstatistiken nicht von einer zunehmenden Institutionalisierung des Sterbens ausgehen.

Kontroverse 2: Wird das Sterben in Institutionen negativ bewertet – oder positiv? Die Bezeichnung „institutionalisiertes Sterben“ ist überwiegend negativ konnotiert. Sie ist ein Synonym für Verein-samung, Isolation und Hilflosigkeit im

Umgang mit dem Sterben und den Sterbenden [11, 12, 18, 19]. Insbesondere das Krankenhaus wird als „Ort des einsamen Todes“ [2] bezeichnet oder die durch Medikalisation verlängerte Sterbephase [28, 30, 31] wird zur Unterstützung dieser These angeführt. Wie Cohen et al. [6] feststellen, ist die allgemeine Vorstellung zum Ort des Sterbens mit der Idee gleichgesetzt, der Sterbeort bestimme die Güte der Versorgung zum Lebensende. Eine normative Bewertung von „guten“ oder „schlechten“ Sterbeorten kann in diesem unerforschten Themenfeld jedoch noch nicht erfolgen, da entsprechend definierte Kriterien und empirische Befunde nicht vorliegen.

Kontroverse 3: Ist das Sterben in Institutionen ein Beleg für die gesellschaftliche Verdrängung des Sterbens? Oder kann das Sterben in Krankenhäusern, Alten- oder Pflegeheimen zu einer gesellschaftlichen Öffnung für das Thema „Sterben“ führen? Das Sterben in Institutionen dient somit auch als Gegenthesen zur Verdrängung und Tabuisierung des Todes [29]. So kann die Überführung des Sterbens aus privaten Räumen in öffentliche Institutionen bedeuten, dass in der modernen Gesellschaft Sterben und Tod bewusst zur Kenntnis genommen werden. Der Umgang mit Sterbenden wird in einer öffentlichen Institution einer größeren Anzahl von Menschen sichtbar [29]. Zugleich entstehen mit Hospizen oder den Palliativpflegestationen neue Formen der Institutionalisierung des Sterbens, die sich zudem für eine Bewusstwerdung des Sterbens in der Gesellschaft einsetzen [30].

Kontroverse 4: Ist das Sterben zu Hause für alle gleichermaßen möglich, oder müssen erst strukturelle Voraussetzun-

gen geschaffen werden, um das Sterben am gewünschten Ort realisieren zu können? Zu Hause zu sterben, wünschen sich 80–90% der Menschen. Tatsächlich sterben jedoch in der Regel 20–30% aller Menschen zu Hause [10, 24, 25]. Welche Chancen, Belastungen und strukturellen Voraussetzungen sind mit diesem Sterbeort verbunden? Als zentralen Unterschied zum Sterben in Institutionen heben Glaser u. Strauss [16] die bessere Kontrolle des humanen Sterbens, insbesondere in den letzten Tagen und Stunden des Angehörigen, hervor, die zudem Nähe und Gespräche mit den Sterbenden ermöglicht [16, 31]. Mit dem Sterbeort Zuhause ist im Gegensatz zum Sterbeort Krankenhaus primär die Hoffnung verbunden, als Sterbender oder Nahestehender das Sterben aktiver beeinflussen und medizinische Maßnahmen besser kontrollieren zu können [16]. Grundvoraussetzungen für ein Sterben zu Hause sind die emotionale und physische Belastbarkeit der Angehörigen, eine ambulante palliative Betreuung sowie räumliche und technische Voraussetzungen der Pflege [31]. Zugleich muss Betroffenen die notwendige Zeit zur Verfügung stehen, um Chancen und Risiken des jeweiligen Sterbeorts reflektieren und abwägen zu können [16]. Denn oft lassen Krankheit und Sterbeverlauf keine Entscheidung mehr zu und das Sterben im Krankenhaus ist allein aus medizinischen Gründen die einzige Alternative. Eine Entscheidung für das Verbleiben im Krankenhaus wird auf den Wunsch nach fachlicher Betreuung zurückgeführt sowie auf den Wunsch der Sterbenden, für die Familie keine Belastung zu sein. Angemessene Symptomkontrolle, das Gefühl von Sicherheit oder die Notwendig-

keit, die Angehörigen zu entlasten, kann die Bevorzugung einer stationären Betreuung erklären [16].

Den hier skizzierten unterschiedlichen Betrachtungsweisen und Annahmen über den Sterbeort werden Befunde aus empirischen Studien gegenübergestellt. Als Untersuchungsgrundlage dienen Studien mit Angaben zur Verteilung der Todesfälle auf die Sterbeorte Krankenhaus, Alten- oder Pflegeheim, Zuhause und Hospiz. Darüber hinaus werden medizinische, strukturelle, soziodemographische und individuelle Determinanten der einzelnen Sterbeorte analysiert.

Forschungsstand

Obwohl die meisten Studien darin übereinstimmen, dass das Krankenhaus immer der häufigste Sterbeort ist, differieren die Angaben zu diesem Sterbeort im Ländervergleich z. B. zwischen 37,2% in der deutschsprachigen Schweiz [14], 39,8% in Dänemark [7] oder 63% in Belgien [22]. Das Sterben im Krankenhaus entwickelte sich in den vergangenen Jahrzehnten je nach betrachtetem Land unterschiedlich und nahm in der deutschsprachigen Schweiz zwischen 1969 und 2001 von 56% auf 37,4% ab [14]. Im Gegensatz dazu stieg beispielsweise in England und Wales das Sterben in Krankenhäusern erstmals zwischen 1966 und 1976 von 54% auf 74% [4] sowie zwischen 1981 und 2001 von 56,7% auf 61,7% an [1].

Es ist eine Verlagerung des Sterbeorts vom Krankenhaus in das Alten-/Pflegeheim zu konstatieren, wodurch der Grad der Institutionalisierung gleich geblieben ist [14]. Der Sterbeort Alten-/Pflegeheim variiert in seinem Auftreten je nach Region oder Land ebenfalls stark. Die Zahl derer, die in dieser Institution sterben, nimmt überall gleichermaßen zu. Im Jahr 2001 starben in der deutschsprachigen Schweiz 33,5% in Alten-/Pflegeheimen, was eine Verdopplung seit 1986 darstellt [14]. In Österreich lagen die Zahlen zwischen 13,4% im Jahr 1995 und 15,5% im Jahr 2006 [15]. Durchschnittlich sterben etwa ein Fünftel aller Menschen zu Hause [6, 7]. Ausnahmen sind Rheinland-Pfalz [24] mit einem erhöhten Anteil von 39,8% im Jahr 1995 und Jena mit 33,7% in den Jahren 2003/04 [26]. In Brüssel fällt der

Anteil von Sterbenden im privaten Heim mit 15,1% hingegen besonders niedrig aus [22].

Von den 827.155 Menschen, die 2008 in Deutschland gestorben sind, wurden 12,5% hospizlich oder palliativ begleitet. In den vergangenen 12 Jahren stieg der Anteil ambulanter Hospizdienste in Deutschland ca. um ein Vierfaches kontinuierlich an. Stationäre Hospize verdoppelten ihre Anzahl zwischen den Jahren 2000 und 2001 von 62 auf 123 Stationen. Bis zum Jahr 2008 stieg die Anzahl insgesamt auf 163 Stationen an [9].

Zusätzlich zur Verteilung von Sterbeorten werden medizinische, strukturelle, soziodemographische und individuelle Determinanten der jeweiligen Sterbeorte analysiert. Diese werfen aus soziologischer Sicht interessante Fragestellungen auf, wird damit doch auf soziale Ungleichheiten in der Diskussion über den Sterbeort hingewiesen. Sterbeorte sind nicht zufällig verteilt, sondern weisen soziale Regelmäßigkeiten auf, die im Folgenden zusammengefasst dargestellt werden.

Eine der wichtigsten medizinischen Determinanten des Sterbeortes ist die *Erkrankung* bzw. *Todesursache*. Im Krankenhaus sterben häufiger die Personen, die erst 2 bis 3 Monate vorher erkrankten, als jene, die länger als 2 Jahre erkrankt waren [4]. Als häufigste Erkrankungen, die zum Tod im Krankenhaus führen, werden Krebs, Schlaganfall und Erkrankungen der Atmungsorgane genannt [4, 5, 6, 14, 21, 27]. Unter den Karzinomarten treten Blasen- und Magenkarzinome als die häufigsten Todesursachen im Krankenhaus auf [5]. Andere Studien nennen das Mammakarzinom, hämatologische und lymphatische Erkrankungen [6, 21] sowie Neoplasien [14] als weit verbreitete Todesursachen im Krankenhaus. Zu Hause sterben allgemein häufiger Menschen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen [14, 30] und an Parkinson, kardiovaskulären, ischämischen, zerebrovaskulären sowie malignen Erkrankungen leidende Patient(inn)en [6]. Die häufigsten Krebserkrankungen als Todesursache in Privatwohnungen sind der Krebs der Verdauungsorgane und das Prostatakarzinom bei Männern [21] sowie bei Frauen das Mammakarzinom [5, 27]. Im Krankenhaus sterben vor allem Patient(inn)en,

Z Gerontol Geriat 2011 · 44:336–339
DOI 10.1007/s00391-011-0181-6
© Springer-Verlag 2011

M. Thönnies · N.R. Jakoby
**Wo sterben Menschen?
Zur Frage des Sterbens
in Institutionen**

Zusammenfassung

In der Gesellschaft besteht eine große Differenz zwischen der Anzahl der Menschen, die sich als Sterbeort ihr Zuhause wünschen, und der Zahl der Fälle, in denen sich dieser Wunsch realisieren lässt. Nicht das Zuhause, sondern eine Institution wie das Krankenhaus, Pflege- oder Altenheim ist in westlichen Gesellschaften der häufigste Sterbeort. Doch wie verteilen sich die Sterbeorte wirklich? Zeigen sich soziale Regelmäßigkeiten des Sterbens in den verschiedenen Sterbeorten? Der Beitrag gibt einen Überblick über den Sterbeort als soziales Phänomen. Vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands wird der zeitgenössische Diskurs über die Institutionalisierung des Sterbens kritisch diskutiert.

Schlüsselwörter

Sterbeort · Sterben · Institutionalisierung · Psychosoziale Faktoren · Sterbebegleitung

Where do people die? On the question of dying in institutions

Abstract

There is a great discrepancy in society between the number of people that prefer to die within their home and the number of cases where this wish actually becomes reality. The most frequent place of dying in Western societies is not the home but an institution, such as a hospital or nursing home. But what is the actual distribution of places of dying? Can we identify social patterns of dying related to the various places of dying? The article provides a theoretical and empirical overview of place of dying as a social phenomenon. Contemporary discourse on the institutionalization of dying is subjected to critical scrutiny in light of the state of the art of research.

Keywords

Place of dying · Dying · Institutionalization · Psychosocial factors · Terminal care

in deren Krankheitsverlauf unvorhergesehene Ereignisse auftreten oder solche, die sich dort aufhalten, um einen frei werdenden Pflegeplatz abzuwarten. Auch der Wunsch nach weiteren therapeutischen Maßnahmen führt zum Sterben im Krankenhaus [20, 25].

Die Wahrscheinlichkeit, in einem Krankenhaus oder Altenheim zu sterben, steigt mit dem entsprechenden *strukturellen Angebot* der zur Verfügung stehenden Krankenhaus- oder Altenheimbetten an. Ist die Bettenzahl der Krankenhäuser wie auch der Altenheime in der Nähe des Wohnortes gering, so steigt die Wahrscheinlichkeit, in einer Privatwohnung zu sterben [24]. Streckeisen [30] stellte für die Sprachregionen der Schweiz deutliche Unterschiede in der Verteilung der Sterbeorte fest. In der französischsprachigen und italienisch-rätoromanischen Schweiz wird viel häufiger im Krankenhaus gestorben als in der Deutschschweiz. Das häufigere Sterben außerhalb des Krankenhauses in der Deutschschweiz wird auf das in dieser Sprachregion vergleichsweise länger und umfangreicher etablierte Angebot dezentraler Betreuungsmöglichkeiten zurückgeführt, das die Betreuung Sterbender zu Hause erleichtert [30]. Im Widerspruch zu diesen Befunden finden Ochsmann et al. [24] keinen Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von ambulanten Pflegestationen und einer höheren Wahrscheinlichkeit, zu Hause zu sterben.

Bowling [4] stellte zu Beginn der 1980er Jahre für London fest, dass in Krankenhäusern hauptsächlich Unverheiratete, Frauen, unter 45-Jährige und Kinderlose sterben. Aktuellere Studien zeigen jedoch ein differenzierteres Bild der *soziodemographischen Determinanten* von Sterbeorten, wie Alter, Geschlecht, Familienstand und sozioökonomischer Status [4, 24, 30].

Bei Ochsmann et al. [24] stellt sich ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem *Alter* und der Verteilung der jeweiligen Sterbeorte dar. Nimmt das Sterbealter zu, so steigt der Anteil der Todesfälle im Altenheim, während der des Krankenhauses fällt [3, 24]. Das Sterben zu Hause variiert nur geringfügig ab der Altersgruppe der über 59-Jährigen und es zeigt sich keine einheitliche Tendenz [24].

Das *Geschlecht* ist an den jeweiligen Sterbeorten unterschiedlich verteilt. So sterben Frauen häufiger als Männer in Altenheimen (19,5% vs. 8,1%), wohingegen Männer häufiger als Frauen in Krankenhäusern (47,2% vs. 40%) und zu Hause (41,8% vs. 38,7%) sterben [24]. Ochsmann et al. [24] setzen die in ihrer Studie gefundenen Geschlechtsunterschiede in einen Zusammenhang mit dem Sterbealter, da Frauen dieser Stichprobe mit durchschnittlich 81,6 Jahren signifikant älter waren als Männer (76,7 Jahre).

Der *Familienstand* hat den größten Einfluss auf den Sterbeort [4, 24, 30]. Betrachtet man den Familienstand Sterbender im Altenheim, so sind Ledige mit 27,3% im Vergleich zu verwitweten (19,6%), geschiedenen (19,2%) und verheirateten Personen (5%) am stärksten vertreten [24]. Im Krankenhaus ist der hohe Anteil von Verheirateten (49,1%) und der niedrige von Verwitweten (38,3%) unter den hier verstorbenen Personen auffällig. Auch in einer Privatwohnung sterben Verheiratete (43,1%) häufiger als Geschiedene (34,4%) und Ledige (28,2%) [24]. Darüber hinaus zeigt sich eine Wechselwirkung zwischen Familienstand und Geschlecht [4, 24, 30]. So sterben ledige Männer vergleichsweise häufiger in Krankenhäusern (56%) und weniger oft in Privatwohnungen (26,7%), während sich der Sterbeort bei den ledigen Frauen vom Krankenhaus (38%) auf das Altenheim (31,9%) verlagert. Dieser Zusammenhang zeigt sich auch bei Verwitweten: Verglichen mit Männern sterben verwitwete Frauen weniger oft im Krankenhaus (Frauen: 37,1% vs. Männer: 42,3%) und häufiger im Altenheim (Frauen: 20,7% vs. Männer: 15,7%) [24]. Es zeigen sich keine Geschlechtsunterschiede in der Verteilung der Sterbeorte von Verheirateten [24].

Nur in einer Studie über den Sterbeort von Krebserkrankten [5] konnte festgestellt werden, dass ein größerer Anteil von Personen mit geringem *sozioökonomischen Status* in einem Krankenhaus starb. Davison et al. [8] fanden keinen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Sterbeort. Insgesamt muss festgehalten werden, dass keine systematischen Befunde über einen Zusammenhang zwischen Sterbeort und

Bildungsniveau oder Einkommen der Sterbenden existieren.

Der *Wohnort bzw. der Urbanisierungsgrad* hat einen häufig bestätigten Einfluss auf den Sterbeort. So steigt die Wahrscheinlichkeit, in einem Krankenhaus zu sterben, in urbanisierten Regionen gegenüber den ländlichen Regionen an [30]. Mehr Menschen auf dem Land sterben zu Hause; das Altenheim als Sterbeort ist in ländlichen Regionen selten [5, 6, 17, 24, 27].

Abschließend muss die Bedeutung von Patientenverfügungen als *individuelle Determinante* des Sterbeorts hervorgehoben werden. Es stellt sich heraus, dass Patient(inn)en mit Patientenverfügung signifikant häufiger an dem von ihnen gewünschten Ort verstarben [25, 26]. Eine Patientenverfügung stellt damit eine wichtige Kommunikationshilfe über die gewünschten Sterbeumstände dar.

Schlussfolgerungen

Gronemeyer [18] konstatiert eine „Institutionalisierung des Sterbens“ in modernen Gesellschaften und verweist in seiner damit verbundenen Gesellschaftskritik darauf, dass dies den Verlust eines „idealen Sterbens“ in der Familie bedeute. Den Kliniktod als „einsamen Tod“ [2] zu bezeichnen, entspricht jedoch nicht der empirischen Realität und stellt ein einseitiges Szenario der Gesellschaft dar. So konnte Bowling [4] beispielsweise zeigen, dass viele Sterbende erst in der letzten Phase in ein Krankenhaus gebracht wurden und zuvor lange und intensiv von ihren Angehörigen betreut worden waren. Studien machen weiterhin deutlich, dass das Sterben im Krankenhaus oft auf medizinische Gründe im Finalstadium zurückzuführen ist, die aber vielmehr auf den Mangel an Palliativnetzwerken in häuslicher Umgebung und nicht etwa auf eine fehlende Bereitschaft der Angehörigen zur Pflege der Sterbenden hinweisen. Die Frage, inwieweit tatsächlich eine gesunkene Bereitschaft der Familien zur Betreuung Sterbender gegenüber früheren Zeiten vorliegt, ist ungeklärt [24].

Die relativ hohen – über Jahre hinweg stabilen – Prozentwerte von 20–30% der zu Hause sterbenden Personen relativieren zudem die klassische Institutionali-

sierungsthese des Sterbens. Das Sterben in Institutionen erweist sich damit nicht ausschließlich als „Normalfall“ [13] der modernen Gesellschaft. Institutionalisierung ist nicht mit *Hospitalisierung* gleichzusetzen, da es Anzeichen für eine Verlagerung des Sterbens von Krankenhäusern in die Alten- und Pflegeheime gibt [14]. Auch die kulturpessimistische Feststellung einer „Aussonderung der Sterbenden aus der Gemeinschaft der Lebenden“ [12], die u. a. auf die Zunahme der Berufstätigkeit und die gesellschaftliche Emanzipation der Frauen zurückgeführt wird, muss kritisch hinterfragt werden. Von einer „Erosion der Familie“, die ihre Sterbenden in die Kliniken schickt, weil sie keine Zeit hat, sich die Betreuung nicht zutraut oder weil angeblich keine Familie mehr vorhanden ist [19], kann ebenfalls nicht gesprochen werden.

Der Forschungsstand verdeutlicht ferner, dass Sterbeorte nicht zufällig verteilt sind, sondern soziale Regelmäßigkeiten aufweisen. Soziodemographische Zusammenhänge zeigen sich beispielsweise im Hinblick auf Urbanisierungsgrad, Geschlecht und Familienstand der Verstorbenen [6, 10, 24, 25]. Es besteht eine Vielzahl von Einflussmöglichkeiten und Rahmenbedingungen, die sich auf die Entscheidung für einen Sterbeort auswirken. Der Sterbeort „Zuhause“ ist an verschiedene Voraussetzungen gebunden:

- individuelle Faktoren (z. B. Motivation der Angehörigen durch Verpflichtungen oder emotionale Bindungen),
- soziale Faktoren (Familienstand, Geschlecht) sowie
- institutionelle und strukturelle Rahmenbedingungen (z. B. ambulante Palliativversorgung).

In diesem Zusammenhang stellen Patientenverfügungen vielversprechende Instrumente dar, den Sterbeort und Sterbeverlauf beeinflussen zu können. Die Studien geben ebenfalls Hinweise auf die mit der Betreuung von Sterbenden verbundenen emotionalen Belastungen der pflegenden Angehörigen [6, 25] – ein nicht zu vernachlässigender Aspekt in der Diskussion über Sterbeorte – und den damit verbundenen psychosozialen Konsequenzen.

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Dipl.-Soz. N.R. Jakoby
Soziologisches Institut, Universität Zürich
Andreasstr. 15, 8050 Zürich
Schweiz
jakoby@soziologie.uzh.ch

Danksagung. Für hilfreiche Kommentare und Verbesserungsvorschläge bedanken wir uns bei den Gutachter(inne)n dieser Zeitschrift.

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Ahmad S, O'Mahony MS (2005) Where older people die: a retrospective population-based study. *QJM* 98:865–870
2. Ariès P (2005) Geschichte des Todes, 11. Aufl. dtv, München
3. Bickel H (1998) Das letzte Lebensjahr: Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen. Wohnsituation, Sterbeort und Nutzung von Versorgungsangeboten. *Z Gerontol Geriatr* 31:193–204
4. Bowling A (1983) The hospitalisation of death: should more people die at home? *J Med Ethics* 9:158–161
5. Catalán-Fernandez JG, Pons-Sureda O, Recober-Matínez A et al (1991) Dying of cancer. The place of death and family circumstances. *Med Care* 29:841–852
6. Cohen J, Bilsen J, Hooft P et al (2006) Dying at home or in an institution. Using death certificates to explore the factors associated with place of death. *Health Policy* 78:319–329
7. Cohen J, Bilsen J, Fischer S et al (2007) End-of-life decision-making in Belgium, Denmark, Sweden and Switzerland: does place of death make a difference? *J Epidemiol Community Health* 61:1062–1068
8. Davison D, Johnston G, Reilly P, Stevenson M (2001) Where do patients with cancer die in Belfast? *Ir J Med Sci* 170:18–23
9. Deutsche Hospiz Stiftung (2009) HPCV-Studie: Hospizliche Begleitung und Palliative-Care-Versorgung in Deutschland 2008. http://www.hospize.de/docs/hib/Sonder_HIB_02_09.pdf. Zugriffen: 03. Februar 2010
10. Dreßel G, Erdmann B, Hausmann C et al (2001) Sterben und Tod in Thüringen. Ergebnisse einer sozialwissenschaftlichen Repräsentativbefragung. Friedrich-Schiller-Universität Jena
11. Elias N (2002) Über die Einsamkeit des Sterbenden in unseren Tagen. Suhrkamp, Frankfurt/Main
12. Feldmann K (1990) Tod und Gesellschaft. Eine soziologische Betrachtung von Sterben und Tod. Lang, Frankfurt/Main
13. Feldmann K (2004) Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick. VS, Wiesbaden
14. Fischer S, Bosshard G, Zellweger U, Faiss K (2004) Der Sterbeort: „Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz?“ *Z Gerontol Geriatr* 37:467–474
15. Freilinger F (2009) Das institutionalisierte Sterben. Sozioökonomische Aspekte des Sterbens. *Focus Neurogeriatrie* 1–2:6–10
16. Glaser BG, Strauss AL (1968) *Time for dying*. Aldine, Chicago/IL

17. Gomes B, Higginson IJ (2008) Where people die (1974–2030): past trends, future projections and implications for care. *Palliat Med* 22:33–41
18. Gronemeyer R (2005) Hospiz, Hospizbewegung und Palliative Care in Europa. In: Knoblauch H, Zingerle A (Hrsg) *Thanatosozologie. Tod, Hospiz und Institutionalisierung des Sterbens*. Duncker & Humblot, Berlin, S 207–220
19. Gronemeyer R (2007) Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können. Fischer, Frankfurt/Main
20. Guthrie B, Nelson M, Gazzard B (1996) Are people with HIV in London able to die where they plan? *AIDS Care* 8:709–713
21. Higginson IJ, Jarman B, Astin P, Dolan S (1999) Do social factors affect where patients die: an analysis of 10 years of cancer deaths in England. *J Public Health* 21:22–28
22. Houttekier D, Cohen J, Bilsen J et al (2009) Determinants of the place of death in the Brussels metropolitan region. *J Pain Symptom Manage* 37:996–1005
23. Nassehi A, Weber G (1989) *Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung*. Westdeutscher Verlag, Opladen
24. Ochsmann R, Feith G, Klein T et al (1997) Sterbeorte in Rheinland-Pfalz: Zur Demographie des Todes. *Beiträge zur Thanatologie* 8:1–49
25. Oorschot B van, Hausmann C, Köhler N et al (2004) Patienten als Partner in der letzten Lebensphase. Erste Ergebnisse und Perspektiven eines Modellvorhabens. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 47:992–999
26. Oorschot B van, Schweitzer S, Köhler N et al (2005) Sterben, Sterbehilfe und Therapieverzicht aus Angehörigensicht – Ergebnisse einer Hinterbliebenenbefragung. *Psychother Psychol Med* 55:283–290
27. Papke J, Koch R (2007) Places of death from cancer in a rural location. *Onkologie* 30:105–108
28. Schiefer F (2007) Die vielen Tode. Individualisierung und Privatisierung im Kontext von Sterben. Tod und Trauer in der Moderne. LIT, Münster
29. Schmied G (1985) *Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft*. Leske + Budrich, Opladen
30. Strecken U (2001) *Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie*. Leske + Budrich, Opladen
31. Wittkowski J, Schröder C (2008) Betreuung am Lebensende: Strukturierung des Merkmalsbereichs und ausgewählte empirische Befunde. In: Wittkowski J, Schröder C (Hrsg) *Angemessene Betreuung am Ende des Lebens. Barrieren und Strategien zu ihrer Überwindung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 1–51