

Sterben und Tod in moderner Gesellschaft

„To die in dignity und character“ (zitiert nach Höfler 2009) hat die englische Sozialarbeiterin, Krankenschwester, Ärztin und Gründerin der Hospizbewegung Cicely Saunders als Zielsetzung der Hospize formuliert. Diese Zielsetzung setzt unmittelbar bei der Individualität und den Bedürfnissen von Betroffenen an. Die Orientierung an der Individualität und den Bedürfnissen zu organisieren und dadurch für alle, die es brauchen, zu ermöglichen, stellt jedoch eine große gesellschaftliche Herausforderung dar. Die zentralen Fragen sind: Wie, wo und unter welchen Bedingungen sterben gegenwärtig Menschen? Wie müssen deshalb Gesundheits- und Sozialsysteme konzipiert werden, damit sie auf die individuellen Bedürfnisse schwerkranker und sterbender Menschen antworten können? Diese Arbeit fokussiert die erste Frage und möchte den Blick für die Veränderungen von Rahmenbedingungen, unter denen Menschen heute ihr Leben zu Ende bringen, schärfen.

Eine der fundamentalsten Ursachen für das veränderte Selbstgefühl im Leben gegenwärtiger Menschen ist die gewaltig gestiegene Lebenserwartung. Sie hat sich seit Ende des 19. Jahrhunderts in industrialisierten Gesellschaften nahezu verdoppelt. In erster Linie haben verbesserte Lebensverhältnisse dazu geführt, dass die in früheren Zeiten allzeit drohenden Infektionsgefahren drastisch verringert wurden und dass sich die Lebenszeit vermehrt hat. Dieser Prozess umfasst in Europa drei Phasen. Vor dem 18. Jahrhundert kam es aufgrund von Pest und Hungerseuchen zu einer sehr hohen und schwankenden Sterblichkeit. Die Lebenserwartung lag bei der Geburt zwischen 20 und 40 Jahren. In der Zeit des 18. und des 19. Jahrhunderts nahm die Sterblichkeit durch das Zurückdrängen der Infektionskrankheiten ab, die Lebenserwartung stieg von ca. 30 auf 50 Jahre. Um

1880 setzte dann eine Übergangszeit, die „epidemiologische Transition“, ein. In ihrem Verlauf wurden Infektionskrankheiten vollkommen in den Hintergrund gedrängt und allmählich durch chronische und degenerative Erkrankungen ersetzt – ein Prozess, der bis heute anhält (Imhof, 1981, 198 ff; Streckeisen, 2001, 23 ff). Konkret haben drei Faktorenbündel zu diesen verbesserten Lebensverhältnissen beigetragen. Naturwissenschaftliches Wissen und höhere hygienische und medizinische Standards haben bewirkt, dass Seuchen und Säuglingssterblichkeit in modernen Gesellschaften nahezu ausgerottet wurden. Verbesserte und gesicherte Existenzbedingungen sowie die Abnahme von Kriegen haben die Bedrohungen des Lebens weiter drastisch reduziert und dazu geführt, dass man mit einer erwartbaren Lebenszeit rechnen konnte. Schließlich haben sich auch medizinisch-technische und pharmazeutische Erkenntnisse auf die Sterblichkeitsverhältnisse im 20. Jahrhundert ausgewirkt (Müller, 2005, 35).

Die verlängerte Lebenszeit zeigt große Auswirkungen auf die veränderten Sterblichkeitsverhältnisse der Gegenwart. „Wir leben eben länger, und wir sterben länger“ (Heller, 2000, 17). Die verlängerte Lebenszeit steht in enger Verbindung mit veränderten Todesursachen. In früheren Zeiten führten vor allem die von außen (>exogen<) das Leben bedrohende Trias „Pest, Hunger und Krieg“ zum Tod, deren Kennzeichen es war, dass sie rasch tötete. Die Pest hatte beispielsweise eine Inkubationszeit von ein bis fünf Tagen, in unbehandelten Fällen trat der Tod fast immer innerhalb einer halben Woche ein. Demgegenüber sind es heute vor allem von innen (>endogen<) wirksame Todesursachen: Herz- und Kreislauferkrankungen, verschiedene Formen von Krebs und degenerative Leiden (Imhof, 1988, 94f). Kennzeichen dieser Krankheiten ist, dass sie erst nach einem länger andauernden Prozess des Leidens zum Tod führen. „Wir werden heute in ganz anderer Weise als unsere Vorfahren dazu gezwungen, Sterben als einen Prozess aufzufassen, uns damit auseinanderzusetzen, physisch und psychisch, wochen-, monate-, oft jahrelang“ (Imhof, 1988, 95).

Ein großer Schrecken der Trias „Pest, Hunger und Krieg“ war ihre Unberechenbarkeit. Sie konnte alle in jedem Lebensalter treffen. Der Satz des Ackermann aus Böhmen: „Sobald ein Mensch zum Leben kommt, sogleich ist er alt genug zu sterben“, war für die Menschen dieser Zeit alltäglich erfahrbare Realität. Für die Menschen der Gegenwart tritt er über weite Strecken ihres Lebens als erfahrene Realität in den Hintergrund und stellt eher eine philosophisch-spirituelle Reflexion dar. Der Tod in jüngeren Jahren ist selten geworden, dagegen ist etwas Neuartiges eingetreten: „Zum ersten

Mal in der Geschichte unserer Gesellschaft wird Sterben zur eigentlichen Angelegenheit von alten und hochbetagten Menschen“ (Streckeisen, 2001, 29).

Indem sich das Sterben vorrangig in das hohe Alter verlegt hat, wird möglich, dass sich so etwas wie eine Biographie entwickeln kann. Erst wenn der Tod nicht mehr jeden und jede zu jedem Zeitpunkt treffen kann, wird Lebensgestaltung vorhersehbar und „es kann die Vorstellung eines geregelten Lebenszyklus entstehen“ (Streckeisen, 2001, 30). „In Form eines ‚Lebenslaufs‘ wird das individuelle Leben verzeitlicht und sequenzialisiert, d. h. in gesellschaftlich und individuell erwartbare Phasen unterteilt“ (Streckeisen 2001, 31) Erst dadurch wurde es denkbar, „auf das einzelne Individuum zu ‚setzen‘, in einen Menschen zu ‚investieren‘ (z. B. durch eine längere Ausbildung), für sich selber eine Lebens- und Karriereplanung sowie eine Nachfolgeregelung ins Auge zu fassen“ (Streckeisen, 2001, 31). In der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts hat sich aufgrund dieser Entwicklungen vor allem auch das dritte Lebensalter verändert. War bis in die sechziger Jahre „das Rentnerdasein eine Art Lebens-Nachschlag, der durch Ruhe und Beschaulichkeit gekennzeichnet war“ (Gronemeyer, 2007, 45), so wurde es sehr bald zu einem Lebensabschnitt, den es aktiv zu gestalten galt. Erfolgreich Altern wurde zur Devise. Erst in jüngster Zeit kam die Tatsache in den Blick, dass dem Alter neben der Aktivität auch die Nähe zum Tod immanent ist. Mittlerweile spricht man von einem vierten Lebensalter. Dieses Lebensalter ist geprägt von Krankheit, Hilfsbedürftigkeit und Pflege (Gronemeyer, 2007, 45f).

Erst das verlängerte Sterben macht Sterben zu einem „*prozessualen Vorgang im Leben*“ (Müller, 2005, 23). Es wird zu einem sozialen Prozess innerhalb des Lebens. Als lebensimmanenter Prozess ist es aber damit auch zu einem Prozess geworden, den es zu gestalten gilt. Sterben stellt zwar eine Grundkonstante des Lebens dar, die weder unmenschlich ist noch einem bestimmten Modell folgt, aber als sozialer Prozess kann es zu einem autonomen, menschenwürdigen und begleiteten Prozess werden oder auch zu einem menschenunwürdigen und isolierten (Müller, 2005, 23).

Der Prozess des Sterbens ist vielschichtig. Sterben kann nicht allein auf den physischen Zusammenfall des Organismus reduziert werden. Klaus Feldmann beschreibt neben dem physischen Tod, der in Krankheit und dem Verlust von Körperfunktionen besteht, noch ein soziales und ein psychisches Sterben. Das soziale Sterben ist in diesen Analysen nicht nur auf die soziale Isolierung Sterbender beschränkt, sondern umfasst vor allem den Verlust

von Status, Rollenmerkmalen und Partizipationsmöglichkeiten. „In modernen Industriegesellschaften existieren verschiedene Formen des Verlustes von Rollen, Positionen, Territorien, Besitz, Informationsquellen und sonstigen Partizipationschancen, die unter dem Begriff des sozialen Sterbens zusammengefasst werden können“ (Feldmann, 2004, 151).¹ Formen sozialen Sterbens sind dem physischen Sterben meist vorgelagert. Sie sind jedoch auch partiell reversibel. Das psychische Sterben steht im Zusammenhang mit sozialen Prozessen und bezieht sich vor allem auf die „erodierenden Elemente hinsichtlich der Konstruktion einer eigenen Identität“ (Müller, 2005, 28). „Schwerwiegende Verluste von Partizipationschancen, wie Einweisung in Gefängnisse, Intensivstationen oder andere totale Institutionen, vorzeitiger Verlust der Familienrolle, erzwungene Emigration, plötzliche Arbeitslosigkeit oder unerwartete Berufsunfähigkeit können schockartig und identitätsstörend wirken. Häufig werden Teile der sozialen und kulturellen Identität absterben. Auch die personale Identität wird meist mit betroffen und psychosomatische Leiden entstehen, d.h. soziales Sterben ist oft mit psychischem Sterben verbunden“ (Feldmann, 2004, 157). Diese Prozesshaftigkeit des Sterbens und ihr Auseinanderfallen in ein physisches, soziales und psychisches Sterben ist ein Kennzeichen unserer Zeit. „Im Gegensatz zu allen früheren Kulturen erleben in modernen Gesellschaften die meisten den langsamen physischen, sozialen und häufig auch psychischen Verfall ihrer Eltern, anderer Bezugspersonen und schließlich der eigenen Person“ (Feldmann, 1998, 94).

Der physische Verfall bringt Sterben in Verbindung zur Medizin. Die Erkenntnisse der Medizin und der Gesundheitswissenschaften haben nicht nur dazu beigetragen, das Leben zu verlängern, sondern sie ermöglichen auch den Beginn und das Ende des Lebens hinauszuzögern. Menschliche Gestaltung nimmt so auf die Lebens- und Sterbequalität Einfluss. „Von einem >natürlichen Tod< kann unter diesen Bedingungen kaum mehr die Rede sein, vielmehr kommt es zur kulturellen Überformung dieses Lebensabschnitts durch die Medizin und Krankenversorgung“ (Ewers, Schaeffer, 2005, 9). Dieser Prozess der Medikalisierung des Sterbens wird gleich zu Beginn bei der Frage, wann beginnt das Sterben, offenkundig. Im allgemeinen Verständnis beginnt es dort, wo ein Leben in Verbindung mit einer Erkrankung nach medizinischen Kriterien zu Ende geht. Aber auch im weiteren Verlauf bleiben an der Medizin orientierte Handlungs- und Deutungsmuster bestimmend (Müller, 2005, 30).

¹ Tanja Müller (2005, 28) betont in diesem Kontext, dass der Alterungsprozess nicht per se mit dem sozialen Sterben gleichgesetzt werden darf, auch wenn eine gewisse Parallelität zutreffend sein kann.

Mit der Medikalisierung geht auch eine Institutionalisierung des Sterbens einher. Sie beschreibt den Umstand, dass ein Großteil der Menschen nicht mehr zu Hause, sondern in Institutionen stirbt. 2001 starben in Österreich 55,3 % der Verstorbenen im Spital, 11,6 % in einem Pflegeheim und 27 % zu Hause. 6,3 % der Sterbefälle fallen unter Sonstiges (Quelle: Statistik Austria). Für Deutschland und der Schweiz gibt es parallele Entwicklungen (vgl. Müller, 2005, 42; Streckeisen, 2001, 49ff). Immerhin, beinahe ein Drittel der Sterbenden stirbt zu Hause. Das ist mehr als viele vermuten würden. Dennoch entspricht es bei weitem nicht jener Zahl von Menschen, die den Wunsch haben, zu Hause zu sterben. In der Studie zu Leben und Tod in Thüringen würden 77 % der Befragten, wenn sie es sich aussuchen könnten, am liebsten in der eigenen Wohnung sterben. Analysiert man die Angaben genauer, stellt sich heraus, dass 84 % der Befragten mit häufigem Familienkontakt, aber nur 24 % derer, die keine eigene Familie haben, angeben, zu Hause sterben zu wollen. Dem korrespondiert, dass jüngere Befragte unter 30 Jahren, Verwitwete sowie Ledige deutlich unterdurchschnittlich zu Hause sterben möchten. 87 % wollen beim Sterben Familienangehörige dabei haben, 58 % Freunde, 34 % den Hausarzt, 29 % Pflege, 19 % den Pfarrer. Fast allen ist jedoch bewusst, dass die Realität nicht diesem Wunsch entspricht. Die AutorInnen formulieren deshalb als Fazit: „Der gewünschte Sterbeort ist somit ein Indikator für die soziale Integration, der Auskunft über die Nähe oder Ferne zur eigenen Familie geben kann. Er bestätigt damit erneut, dass es im Zusammenhang mit Vorstellungen zum eigenen Tod sehr stark auf die Familie des Befragten ankommt“ (Dreßel et al., 2002, 39). Im Verlauf von Krankheit oder Sterben kommt es häufig zu oftmaligen Wechsel zwischen Wohnort, Krankenhaus und/oder Pflegeinstitution. Zu Hause sterben ist dann sehr oft nicht möglich. Die Herausforderung besteht darin, wie trotz dieser Umstände familiäre Verbundenheit und Selbstbestimmung gelebt werden können.

Die Reduktion der Sterblichkeit in jüngeren Jahren stellt eine große Errungenschaft dar. Sie bedeutet aber auch, dass das Erleben des Sterbens seltener geworden ist. Bereits in der Mitte des letzten Jahrhunderts wurde darauf hingewiesen, dass es einen durchschnittlichen Zeitraum von zehn bis fünfzehn Jahren gibt, in dem kein Familienmitglied stirbt. „Mit dieser Entfernung des Sterbens und des Sterbenden aus der unmittelbaren Alltagserfahrung wurde auch der selbstverständliche Umgang damit verlernt“ (Heller, 2000, 24). Das Umgehen mit Sterben, Tod und Trauer ist für den Großteil der Menschen keine integrative Lernerfahrung ihrer Sozialisation. Dagegen steht jedoch oft eine überwältigende Präsenz von Tod und Sterben in den

Medien. „Für Kinder, aber auch für die meisten Erwachsenen in den urbanisierten Industriestaaten steht eine über die Medien induzierte Beschäftigung mit dem Tod (Sekundärerfahrung) mit spärlichen *Primärerfahrungen* [H.i.O.] in Konkurrenz“ (Feldmann, 2004, 124). In der Untersuchung in Thüringen gab nur ein Drittel an, konkrete Erfahrungen in der Pflege mit Sterbenden zu haben (Dreßel et al., 2002, 15). Im Zusammenhang mit diesem Erfahrungsverlust steht auch eine gewisse Privatisierung des Sterbens. Sterben, Tod und Trauer sind keine öffentliche Angelegenheit mehr. Der gesellschaftliche Alltag wird nicht unterbrochen, sondern bleibt weitgehend auf das Individuum und seine Umgebung beschränkt (Müller, 2005, 47). Diesem Verlust an ursprünglicher Lernerfahrung entspricht auf der anderen ein Prozess zunehmender „Professionalisierung“, „Pädagogisierung“ und „Therapeutisierung“ (Ewers, Schaeffer, 2005, 9). Es besteht sowohl bei Laien als auch bei Fachleuten ein großes Bedürfnis nach Schulung, Ausbildung und Begleitung (Heller, 2000, 24 ff).

Sterben ist zu einem lebensimmanenten Prozess geworden, den es zu gestalten gilt. Dies birgt jedoch auch Gefahren in sich, auf die Reimer Grone-meyer (2007a, 53ff) kritisch hinweist. Indem Sterben mit Krankheit verbunden ist, stellt sich automatisch die Frage, inwieweit das Individuum für diese Krankheit beispielsweise durch einen ungesunden Lebensstil selbst verantwortlich war. Der Tod kommt dadurch in die Verantwortlichkeit des Individuums. Darüber hinaus ist der letzte Lebensabschnitt zum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung geworden. Sterben steht dadurch in der Gefahr, pflegerisch und medizinisch reglementiert und standardisiert zu werden. Man stirbt überall in Europa nach dem gleichen Muster. Dem Individuum, das nun unter dem Zwang steht, auch sein Sterben zu planen, bieten sich zwei Angebote an. Auf der einen Seite der in den Niederlanden, Belgien, Luxemburg und der Schweiz begangene Weg zu Euthanasie bzw. assistiertem Suizid, auf der anderen Seite die Angebote der Palliative Care und Hospizbewegung. „Zu bedenken ist in jeden Fall, dass beide Angebote, die sich immer deutlicher als ein neues Element europäischer Kultur konstituieren, zwei Seiten einer Medaille sind – in denen in gefährlich vergleichbarer Weise das Element der Sterbeplanung in den Vordergrund tritt“ (Grone-meyer, 2007a, 56). Verschärft wird diese Situation durch eine zunehmende Ökonomisierung. Sie fordert auch im Gesundheitsbereich Rationalisierungsprozesse, die auf Effektivität und Effizienz abzielen und die im Falle des Sterbeprozesses sehr schnell die individuellen Bedürfnisse von Schwerkranken und Sterbenden in den Hintergrund drängen können.

Die verbesserten Rahmenbedingungen haben den Menschen in modernen Gesellschaften eine gewaltige Mehr an Lebenszeit verschafft, mit der jedoch auch eine Verlängerung der Sterbephase verbunden ist. Sie ist zu einem gestaltbaren Lebensabschnitt geworden. Diese Gestaltbarkeit wird zunächst als Aufgabe des Individuums erlebt. Der/die Einzelne und sein/ihr privater familiärer Lebenszusammenhang müssen allein mit dieser Situation fertig werden. Der/die Einzelne und ihre bzw. seine An- und Zugehörigen bedürfen jedoch der gesellschaftlichen Unterstützung in der Bewältigung dieser Situation. Dies sollte jedoch nicht bedeuten, dass Expertensysteme ökonomisch effizient familiäre Strukturen ersetzen und Betroffene so erst recht auf ihrem letzten Weg vereinsamen. Die gesellschaftliche Herausforderung besteht jedoch darin, Betreuungs- und Versorgungssysteme so zu organisieren, dass sie trotz der veränderten Rahmenbedingungen von Sterben und Tod befähigt sind, an der Person orientierte individuelle Betreuung zu ermöglichen.

Literatur

Dreßel, Gudrun; Erdmann, Bernadett; Hausmann, Christopher; Hildenbrand, Bruno; van Oorschot, Birgitt: Sterben und Tod in Thüringen. Ergebnisse einer sozialwissenschaftlichen Repräsentativbefragung, Jena 2002, http://www.hospiz-jena.de/pdf/sterben_und_tod.pdf (03.08.2010).

Ewers, Michael; Schaeffer, Doris: Versorgung am Ende des Lebens – Einführung, in: Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hg.): Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege des Menschen in der letzten Phase, Bern 2005, 7-17.

Feldmann, Klaus: Physisches und soziales Sterben, in: Becker, Ulrich; Feldmann, Klaus; Johannsen, Friedrich (Hg.): Sterben und Tod in Europa. Wahrnehmungen, Deutungsmuster, Wandlungen, Neukirchen-Vluyn 1998, 94-107.

Feldmann, Klaus: Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse, Opladen 1997.

Feldmann, Klaus: Tod uns Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick, Heidelberg 2004.

Gronemeyer, Reimer: Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können, Frankfurt a. Main 2007.

Gronemeyer, Reimer (2007a): Von der Lebensplanung zur Sterbeplanung. Eine Perspektive der kritischen Sozialforschung, in: Gehring, Petra; Rölli, Marc; Saborowski, Maxine (Hg.): Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Todes und Sterblichkeitstheorien heute, Darmstadt 2007, 51-59.

Höfler, Anne Elisabeth: „...*dieses Feuer das uns am Kochen hält*“. Leiten in Hospizarbeit und Palliative Care, Vortrag, Kardinal König Haus – Wien, 2009; www.aehoefler.net/VortragKKH_13.10.2009.pdf.

Heller, Andreas: Ambivalenzen des Sterbens heute – Einschätzungen zum gegenwärtigen Umgang mit dem Sterben und den Sterbenden, in: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Metz, Christian (Hg.): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten, Freiburg 2000, 2. erw. Aufl.

Imhof, Arthur E.: Die Lebenszeit. Vom aufgeschobenen Tod und von der Kunst des Lebens, München 1988.

Imhof, Arthur E.: Die gewonnenen Jahre. Von der Zunahme unserer Lebensspanne seit dreihundert Jahren oder von der Notwendigkeit einer neuen Einstellung zu Leben und Sterben, München 1981.

Müller, Tanja: Begleitetes Sterben als gesellschaftliches Phänomen. Der Sterbeprozess und moderne Sterbebegleitung – Aspekte ambulanter Hospizarbeit, Marburg 2005.

Streckeisen, Ursula: Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie, Opladen 2001.