

Michaela Thönnies

Sterbeorte in Deutschland

Eine soziologische Studie

Aktuelle Probleme
moderner Gesellschaften

11

Herausgegeben von Peter Nitschke
und Corinna Onnen



PETER LANG
EDITION

1. Die Soziologie und das Sterben

Comte, Durkheim (1973 [1897]) und Simmel (1890) sind Klassiker der Soziologie und in ihren Schriften gelang es schon im 18., 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit einer Thematisierung des Todes, Gesellschaft zu erklären. Wie im folgenden Kapitel aufgezeigt, ist es aus wissenschaftlicher Perspektive umso erstaunlicher, dass die Thanatossoziologie sich bis heute nicht weiter ausführlich mit soziologischen Aspekten des Sterbens und dem Sterbeort befasst. Die im Folgenden vorgestellten theoretischen Diskurse nehmen unter anderem Fragestellungen der Verdrängung, der Institutionalisierung oder Individualisierung des Todes in unserer Gesellschaft auf.

1.1 Die Anfänge einer soziologischen Thematisierung des Todes

Auguste Comte (1798-1857) ist einer der Ersten, der in seinen Beiträgen zur Abgrenzung der Soziologie von den Fächern Theologie, Philosophie und Naturwissenschaft den Tod unter *soziologischen* Gesichtspunkten betrachtete. Comte sah gesellschaftliche Entwicklungen als einen in sich organisch über Generationen hinweg vollziehenden Prozess an. Somit stellt Comte den Tod als einen Generator dar, welcher immer besser werdende Leistung in einer Gesellschaft erzeuge, da die nachfolgende Generation nicht nur durch individuelle Kooperation, sondern vielmehr durch die geschichtliche Entwicklung und durch Erziehung von den Leistungen der vorherigen Generation profitieren kann. Sozialer Fortschritt beruht so gesehen, laut Comte, in gewisser Weise auf dem Tode (vgl. Feldmann/Fuchs-Heinritz 1995: 27f.). Emile Durkheim (1858-1917) untersucht Eigenschaften von Gruppen, indem er eine Morphologie der Gesellschaft entwickelt. In der empirischen Studie „Der Selbstmord“ (Durkheim 1973 [1897]) analysiert er verschiedene Länder Europas und beabsichtigt damit anhand statistischer Mittel der Soziologie ähnliche und unterscheidende Regelmäßigkeiten in den Nationen auszumachen. Diese Studie verband die Ebene der Gesellschaft mit der Ebene des Individuums und zeigte, dass es in bestimmten Nationen eine

höhere Selbstmordrate als in anderen gab und es anscheinend Gruppen-eigenschaften, wie das in der Gesellschaft vorliegende normative System oder ihre Sozialisationsinstanzen, sein mussten, welche die Selbstmordbereitschaft in einer Gesellschaft beeinflussen. Je mehr die normative Integration misslänge, so Durkheim, desto stärker könne abweichendes Verhalten und der Selbstmord als Form eines sozialen Tatbestands auftreten (vgl. Némedi 1995: 61). Georg Simmel (1858-1918) betrachtet den Tod nicht nur als ein einmaliges Ereignis, welches zu einem bestimmten Zeitpunkt zufällig auftauche. Der *jederzeit potenziell mögliche* Tod würde das Bewusstsein schaffen, die geplanten Handlungen und Taten seien wie das Leben selbst begrenzt. Mit diesem Bewusstsein ist während des ganzen Lebens der Tod immer präsent und somit stellen *Leben und Sterben identische Begriffe* dar, da mit Eintritt ins Leben direkt auch die Bestimmung vorhanden ist, dass der Lebensprozess einen Sterbeprozess bedeutet und so das eine mit dem anderen untrennbar verbunden ist und der Tod das Leben immerfort bestimmt (vgl. Hahn 1995: 80ff.). Somit tritt die Thematisierung des Todes schon früh während der anfänglichen Etablierung der Soziologie auf, doch tut sie sich schwer, den Tod und noch schwerer das Sterben als Gegenstand zu behandeln, wie dies anhand der im folgenden Kapitel behandelten Problematik des verdrängten Sterbens sichtbar wird (vgl. Fuchs-Heinritz 2007).

1.2 Wissen und Ort des Sterbens in der Soziologie

„Das Zimmer des Sterbenden hat den Ort gewechselt [...]“ (Ariès 2005: 730).

Die Frage, wie stark oder ob der Tod und das Sterben verdrängt und institutionalisiert seien, beherrscht in westlichen Gesellschaften den sozialwissenschaftlichen Diskurs. Sterben und der Umgang mit Sterbenden und den Toten hat sich insbesondere im 20. Jahrhundert in mehrererlei Hinsicht verändert. Existenzielle Unsicherheiten aufgrund von Armut, Unterernährung, Krieg oder anderer körperlicher Bedrohungen sind in Dienstleistungsgesellschaften der modernen Welt nicht mehr in der Weise wie in den vorausgegangenen Jahrhunderten vorhanden. Somit hat

sich auch die Art und Weise, sich mit dem Tod auseinanderzusetzen, für die Menschen verändert (vgl. Ariès 2005, Imhof 1991).

Walter (1994) unterscheidet drei soziologische Typen des Todes. In seiner Betrachtung des Umgangs mit dem sterbenden Körper, dem sozialen Umfeld des Sterbens und der dem Sterben sinngebenden Autorität legt er gesellschaftshistorische Unterschiede fest. Der Idealtyp des traditionalen Todes bedeutet, dass das Sterben schnell und häufig in der Gemeinschaft stattfand und die Art und Weise, welche Normen im Umgang mit den Sterbenden vorherrschten, wesentlich durch die Kirche bestimmt wurde. In der Moderne sterben die Menschen im Verborgenen im Krankenhaus oder zuhause. Die Medizin entscheidet über den Umgang mit dem Sterben. In der Neo-Moderne wird der Tod hinausgezögert und das private Sterben wird Inhalt öffentlicher Einrichtungen. Das sterbende Individuum bestimmt selbst den Umgang mit seinem Sterben (vgl. Walter 1994: 47ff.).

Nassehi und Weber (1989) sowie Ariès (2005) vertreten die These, der Sterbeverlauf und die am Sterbeprozess beteiligten Menschen verlagerten sich in den vergangenen sechzig Jahren von der persönlichen Privatheit des Zuhauses in die Krankenhäuser und in die Pflegeheime. Hier stehen die Begriffe der *Hospitalisierung*, *Medikalisierung* oder *Institutionalisierung* synonym für die Verdrängung des Todes aus dem Alltag der Menschen (vgl. Nassehi/Weber 1989, Schmied 1985, Ariès 2005). Das Krankenhaus wird von Ariès (2005: 730) als „Ort des einsamen Todes“ bezeichnet und der Tod im Krankenhaus mit einem neuen Sterbestil („style of dying“) assoziiert (vgl. Ariès 2005: 751).

Die Soziologie kann die mit dem Sterbeort verbundenen Vorstellungen, das Wissen hierüber und die damit verbundenen Wünsche, welche in der Gesellschaft vorliegen und letztendlich zu einer bewussten oder unbewussten Entscheidung in den Einzelnen führen, sozialwissenschaftlich nur sehr lückenhaft aus psychologisch, historisch, philosophisch und medizinisch intendierten Veröffentlichungen ableiten. Die bisherige Problematisierung von Sterben und Tod und eine Thematisierung des Sterbeortes in der Soziologie beschränken sich auf die Frage nach dem Grad der Institutionalisierung, Individualisierung oder Pluralisierung des Sterbens in der westlichen Gesellschaft (vgl. Feldmann 1990, Feld-

mann/Fuchs-Heinritz 1995, Hahn 1968, Eirmbter et al. 1993, Hahn 1995, 2000, 2002, Knoblauch/Zingerle 2005, Streckeisen 2008). Im Allgemeinen gilt die These, dass der Sterbeverlauf und die am Sterbeprozess beteiligten Menschen in den vergangenen sechzig Jahren von der persönlichen Privatheit des Zuhause in die professionelle Abgeschiedenheit von Krankenhäusern oder Pflegeheimen verlagert wurden (vgl. Elias 2002). Hier stehen die Begriffe der Hospitalisierung oder Institutionalisierung synonym für die Verdrängung des Todes aus dem Alltag der Menschen (vgl. Nassehi/Weber 1989, Schmied 1985, Ariès 2005). Das Krankenhaus als Ort des Sterbens steuert zu vielfältigen Kontroversen bei (vgl. Thönnnes/Jakoby 2011).

Kontroverse 1: Ist das Sterben in Institutionen wahrscheinlicher geworden oder nicht? Die Anzahl Sterbender im Krankenhaus erreichte in den 1980er Jahren einen Höchspunkt und flacht bis heute mit einer Verlagerung des Sterbens in Alten- und Pflegeheime ab (vgl. Fischer et al. 2004). Damit bleiben das Sterben und der Tod immer noch institutionalisiert, doch 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 Vereinsamung, Isolation und Hilflosigkeit im Umgang mit dem Sterben und den Sterbenden (vgl. Elias 2002, Feldmann 1990, Gronemeyer 2005 und 2007). Insbesondere das Krankenhaus wird als „Ort des einsamen Todes“ (vgl. Ariès 2005) bezeichnet oder die durch Medikalisierung verlängerte Sterbephase (vgl. Schiefer 2007, Streckeisen 2001 und 2005) wird zur Unterstützung dieser These angeführt. Wie Cohen et al. (2006) 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 Kran-

kenhäusern, Alten- oder Pflegeheimen zu einer gesellschaftlichen Öffnung für das Thema „Sterben“ führen? Das Sterben in Institutionen dient somit auch als Gegenthese zur Verdrängung und Tabuisierung des Todes (vgl. Schmied 1985). 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 (vgl. Schmied 1985). 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 (vgl. Streckeisen 2001).

Kontroverse 4: Ist das Sterben Zuhause für alle gleichermaßen möglich oder müssen erst strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden, um das Sterben am gewünschten Ort realisieren zu können? Zuhause zu sterben, wünschen sich 80–90% der Menschen. Tatsächlich sterben jedoch in der Regel 20–30% aller Menschen zuhause (vgl. Dreßel et al. 2001, Ochsmann et al. 1997, Oorschot et al. 2004). Welche Chancen, Belastungen und strukturelle Voraussetzungen sind mit diesem Sterbeort verbunden? Als zentralen Unterschied zum Sterben in Institutionen haben Glaser und Strauss (2007 [1968]) die bessere Kontrolle des humanen Sterbens - insbesondere in den letzten Tagen und Stunden der Angehörigen - hervor, die zudem Nähe und Gespräche mit den Sterbenden ermöglicht (vgl. auch Wittkowski/Schröder 2008). Mit dem Sterbeort Zuhause ist im Gegensatz zum Sterbeort Krankenhaus primär die Hoffnung verbunden, als Sterbende(r) oder Nahestehende(r) das Sterben aktiver beeinflussen und medizinische Maßnahmen besser kontrollieren zu können (vgl. Glaser/Strauss (2007 [1968])). Grundvoraussetzungen für ein Sterben Zuhause sind die emotionale und physische Belastbarkeit der Angehörigen, eine ambulante palliative Betreuung sowie räumliche und technische Voraussetzungen der Pflege (vgl. Wittkowski/Schröder 2008). Zugleich muss Betroffenen die notwendige Zeit zur Verfügung stehen, um Chancen und Risiken des jeweiligen Sterbeorts reflektieren und abwägen zu können (vgl. Glaser/Strauss (2007 [1968])). Oft lassen Krankheit und Sterbeverlauf keine Entscheidung mehr zu und das Sterben im

Krankenhaus ist 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 Notwendigkeit, die Angehörigen zu entlasten, kann die Bevorzugung einer stationären Betreuung erklären (vgl. Glaser/Strauss (2007 [1968]).

Die Erfahrungen mit Sterben und Tod eines jeden Einzelnen in den eigenen privaten, von anderen abgeschlossenen, Räumen, stelle sich als eingeschränkte Erfahrung und Wissen dar. Das in der Institution summierte Wissen wäre im Gegensatz zur summierten privaten Einzelerfahrung eine Summe von Wissen, welches allen Gesellschaftsmitgliedern zugänglich gemacht werden könne (vgl. Schmied 1985: 36). Allerdings gelingt es mit dieser Auffassung vom institutionalisierten Sterben nicht, z.B. die im Krankenhaus entstehenden Probleme des Sterbens herauszuarbeiten, welche durch die Bündelung des Wissens in der Institution dann eigentlich erst gar nicht entstehen dürften. Nassehi und Weber (1989) vertreten den folgenden Standpunkt:

„Die Bedingungen des modernen Krankenhauses sind nicht allein durch die institutionelle Verfaßtheit des Krankenhauses selbst induziert, sondern dessen Verfaßtheit ist bereits als ein Indiz einer allgemeinen Wert-, Sinn- und Wissensstruktur anzusehen. Derartige konkrete Institutionalisierungen sind da immer schon Ausdruck und Folgen von vorgängigen Selektionen“ (Nassehi/Weber 1989: 232).

Somit erklären sich die Probleme des institutionalisierten Sterbens nicht alleine aus den in einem Krankenhaus vorliegenden Gewohnheiten, Regeln und systematischen Handlungsabläufen heraus, sondern werden erst mit der Analyse der die Institution umgebenden Gesellschaft versteh- und erklärbar. Unter dieser Betrachtungsweise *kennt* die Gesellschaft die Bedingungen des institutionalisierten Sterbens und trägt sie mit diesem Wissen sowie der Erzeugung ihres Seins und dem Einverständnis ihrer Existenz mit (vgl. Stephenson 1985: 21ff.).

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts wurden Sterbende den Gebräuchen aller Gesellschaftsformen Europas üblich, unter den Augen der Nachbarschaft und aller Nahestehenden zuhause betreut, besucht und verabschiedet (vgl. Ariès 2005: 30). Der Tod war etwas Soziales und Öf-

fentliches (vgl. Ariès 2005: 716).¹ Das „Sterbezimmer“ und die dort gelebten Rituale sollten die Verbundenheit der/des Sterbenden mit der Gemeinschaft, die sich um das Bett versammelten, demonstrieren (vgl. Ariès 2005: 775). Der Umgang mit nahestehenden Personen, die sterben, hat sich im Zeitalter der Industrialisierung, Rationalisierung und der damit einhergehenden Modernisierung und Individualisierung in den vergangenen 150 Jahren verändert. Wie die Lebensführung im Allgemeinen wird auch der Tod in einer Dienstleistungsgesellschaft anonymer, da das Sterben nun aus dem Rahmen der Familie in die professionellen Mechanismen der Institution Krankenhaus verlagert wurde. In diesem Zusammenhang fällt häufig der Begriff der sozialen Isolation, was bedeutet, dass aufgrund des Institutionalisierungsgrades des Sterbens in einer Gesellschaft die sterbende Person sich selbst überlassen bleibt, da sie sich im Sterbeprozess aus den Aktivitäten des sozialen Lebens zwangsläufig zurückziehen muss. Dies ist noch wesentlich stärker ausgeprägt, wenn sie zum Sterben nicht zuhause, sondern in einem Krankenhaus liegt (vgl. Stephenson 1985: 81f.). Im Krankenhaus - als Paradebeispiel der in der Moderne entstandenen Organisation mit ihren typischen Merkmalen, wie technisch orientiertes und organisiertes strategisch-instrumentelles Handeln und bürokratischer Verwaltung - wird Sterben und Tod zum Teil konkreter Handlungsmuster und Arbeitsweisen, die in der Hauptsache der Maxime von Effizienz der Einrichtung untersteht (vgl. Greil 2008: 181). Dies hat zur Folge, dass dem Alltagsmenschen das Expertenwissen, die Entscheidungswege und die damit anvisierten Handlungsziele der Institution oft verschlossen bleiben (vgl. Stephenson 1985: 47). Die damit erzeugte Wissensdifferenz führt zu einer Positions- und Statusdifferenz zwischen dem Personal des Krankenhauses und deren Patient(inn)en und Nahestehenden. Das Dilemma zwischen der dem System innewohnenden Komplexität und einer für den Außenstehenden entlastenden Komplexitätsreduktion entsteht aus der Absicht, die Handlungsmöglich-

1 Ariès (2005) stellt u.a. zwei Idealtypen gegenüber, die den gesellschaftlichen Wandel im Umgang mit Tod und Sterben kennzeichnen: der „gezähmte Tod“ (als integraler Bestandteil des Alltags im Mittelalter bis zum 18. Jhd.) und der „ins Gegenteil verkehrte Tod“. Letzterer entspricht der modernen Gesellschaft mit ihren Merkmalen der Institutionalisierung und Medikalisierung des Sterbens (vgl. Ariès 2005: 715ff.).

keiten aller Beteiligten zu erweitern, um den Sterbenden besser zu behandeln. Das Dilemma stellt sich allerdings so dar, dass die ursprünglich beabsichtigte Handlungserweiterung zur Verbesserung der Patientensituation aufgrund der Strukturen einer Organisation, des Wissensunterschieds und der unterschiedlichen Kommunikationsansätze und Möglichkeiten der Beteiligten letztendlich die Handlungsoptionen aller Beteiligten einschränkt. Es kommt verstärkend hinzu, dass Patient(inn)en aus ihrem privaten Umfeld herausgelöst sind, was sich nicht alleine physisch in der räumlichen Veränderung darstellt, sondern auch in der Trennung von persönlichen Bezugspersonen und dem sozialen Umfeld (vgl. Göckenjan 2008: 10). Diese Aspekte werden insbesondere von Elias (1990) in seiner Analyse der „Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen“ hervorgehoben. In einem fremden System haben sich Patient(inn)en Verhaltensmustern und funktional orientierten Regeln, z.B. von Seiten des Personals, zu unterwerfen. Es entsteht ein Abhängigkeitsverhältnis und damit einhergehend wird der eigene Status als Persönlichkeit verloren und in die Rolle von Patient(inn)en umgeschrieben. Die Patient(inn)en arrangieren sich in dieser konflikträchtigen Situation und ordnen sich den zeitlich begrenzten Umständen, Rollenerwartungen und Zwängen unter. Aus diesem Grund wird das Krankenhaus als „totale Institution“ im Sinne von Goffman (2003) bezeichnet (vgl. Schiefer 2004: 275). An dieser Stelle wird besonders deutlich, wie über die Zeit hinweg veränderte Systemzusammenhänge der gesellschaftlichen Organisiertheit moderner Gesellschaft nicht nur die äußeren Bedingungen der Entscheidungsprozesse, sondern vielmehr auch die persönlichen Entscheidungskompetenzen des Einzelnen ganz besonders während des Sterbens beeinflussen und verändern (vgl. Nassehi/Weber 1989: 235ff., Schnell 2007).

1.3 Soziologie des Sterbens in Deutschland

Sterben und Tod werden bis Mitte der 1990er Jahre in der deutschsprachigen Soziologie selten problematisiert (vgl. Feldmann 1990: 11ff.) und haben für sie keine systematische Bedeutung (vgl. Feldmann/Fuchs-Heinritz 1995: 7). Eine Ausnahme stellt die Dissertation von Alois Hahn

(1968) dar, die sich Ende der 1960er Jahre mit der Einstellung zum Tod auseinandersetzte. Er untersucht anhand verschiedener Erhebungen die Einstellung zum Tod in der Gesellschaft und regt an, wie notwendig weitere soziologische Analysen sind, um das Verhalten der Menschen gegenüber dem Tod zu verstehen. In seinem Lebenswerk stellt sich sehr gut dar, wie sehr sich der Tod und das Sterben als besondere Objekte der Soziologie eignen (vgl. Hahn 1968: 1f., Eirimbter et al. 1993, Hahn 1995, 2000, 2002). Die Tatsache, dass man sich dem Sterben überhaupt zuwendet, die Intensität der Befassung mit dem Sterben und die konkrete Vorstellung seiner Wirklichkeit sind nach Hahn (1995: 82) *soziale Tatsachen*, abhängig von der aktuellen Situation eines Individuums, biografischen Erfahrungen oder der Möglichkeit der Kommunikation über das Sterben.

Eine merkliche Zunahme der Veröffentlichungen zu diesem Thema in Deutschland ist Ende der 1990er Jahre zu beobachten. Die „Thanatosoziologie“ entwickelt sich und erkennt die durch die ruhende Erforschung von Sterben und Tod in der deutschsprachigen Soziologie seit den 1970er Jahren gebildeten Defizite (vgl. Knoblauch/Zingerle 2005: 11ff.).² Die Beschränkungen der Soziologie, den Tod erfassen zu können, lassen sich mit den Hindernissen vergleichen, die ebenso in der soziologischen Untersuchung von Schmerzen oder dem Leiden auszumachen sind. Es handelt sich gerade beim Schmerz oder Leiden um vielschichtige Erscheinungen unter Einfluss und Rückwirkung auf verschiedene Faktoren wie persönlicher, sozialer und kultureller Zustand, aber auch in Bezug auf ihre Bedeutungen (vgl. Chatterjee 2004: 197f.). Der Tod in seiner Nichterfahrbarkeit stellt damit für eine Erfahrungswissenschaft ein grundlegendes Problem dar (vgl. Nassehi/Saake 2005: 31.). Aus diesem Grund ist die Soziologie des Todes nicht als solche zu benennen, sondern sie ist konsequenterweise eine Soziologie des Sterbens oder eine Soziologie der Trauer (vgl. Némedi 1995: 59). Pioniere der soziologi-

2 Allerdings weisen Knoblauch und Zingerle (2005b:11) darauf hin, dass der Begriff „Thanatosoziologie“ etwas zu überzogen erscheint. Ihrer Ansicht nach sind wir noch weit davon entfernt von einer Spezialsoziologie zu sprechen, die sich so intensiv mit den Themen Tod, Sterben oder Trauer beschäftigt wie andere Spezialsoziologien.