

Bundesgesundheitsbl 2017 · 60:11–17  
 DOI 10.1007/s00103-016-2484-7  
 Online publiziert: 28. November 2016  
 © Der/die Autor(en) 2017. Dieser Artikel ist  
 eine Open-Access-Publikation.



Andreas Heller · Klaus Wegleitner

IFF Wien – Institut für Palliative Care und Organisationsethik, Alpen-Adria Universität Klagenfurt Graz  
 Wien, Wien, Österreich

## Sterben und Tod im gesellschaftlichen Wandel

### Einleitung

*Der moderne Tod hat nichts, das ihm Transzendenz verleiht oder sich auf andere Werte bezieht. (...) In einer Welt der Tatsachen ist der Tod nur eine Tatsache mehr. Da er aber eine unangenehme Tatsache ist, (...) versucht die ‚Philosophie des Fortschritts‘ (...) seine Existenz hinwegzuzaubern [1].*

Der mexikanische Weltliterat Octavio Paz zeichnet das Bild einer modernen, aufgeklärten und naturwissenschaftlich orientierten Welt, in der transzendente Bezüge – selbst im Sterben – und der Tod, als einbremsender „Betriebsunfall“ des Alltags, keinen Platz mehr finden. In Reaktion auf die wuchtige, kollektiv traumatische Gewalt und Alltagspräsenz des Todes im Mittelalter stellt das Bemühen, Krankheit und Sterben zu bekämpfen resp. zu überwinden, einen der zentralen Antriebe der modernen Gesellschaften dar [2, 3, 20]. Die gesellschaftliche „Gestaltung des Todes“ rückt zunehmend in die Verantwortlichkeit von Professionen und von Organisationen. Sterben heute wird daher plakativ mit Institutionalisierung [4], der „Medikalisierung“ [5] und einer „Entsozialisierung“ beschrieben [6].

Normative christentümliche Orientierungen schmelzen im Zuge ausdifferenzierter, pluraler Gesellschaften. Die Vorstellungen eines „gelingenden“ oder „guten“ Sterbens werden weitgehend individualisiert [7]. Die holzschnittartige Behauptung der Tabuisierung des Todes kann nicht aufrechterhalten werden. Nassehi und Saake sehen vielmehr eine „Geschwätzigkeit des Todes“ [8], da das Feuer des öffentlichen Diskurses zu

Sterben und Tod immer wieder parlamentarisch, multimedial angefacht wird. Auch der Thanatosoziologe Tony Walter weist darauf hin, dass nicht von einem gesellschaftlichen Todestabu gesprochen werden kann, allerdings unterschiedliche Motive und Formen der „Todesverdrängung“ den heutigen Umgang mit Sterben und Tod prägen: a) Die *Todesverleugnung* als Teil der *Conditio humana*, um überhaupt gesellschaftliche und soziale Handlungsfähigkeit zu ermöglichen. b) Die *Verlagerung des Todes* ins hohe Lebensalter, wodurch die gesellschaftliche Aufmerksamkeit für den Tod, gekoppelt an die Marginalisierung der alten und schwachen Menschen, abnimmt. c) Das *begrenzte Tabu des Todes* in Organisationen des Gesundheitssystems, wo etwa in Krankenhäusern als Orte des Sterbens der Tod verdrängt, strukturell ausgeblendet, medizintechnologisch gesteuert und „verwaltet“ wird. d) Im *Rahmenansatz* der Verweis darauf, dass der Umgang mit Sterben und Tod gesellschaftlich vielfältig und von kontextuellen und kulturellen Rahmenbedingungen maßgeblich abhängt. Und schließlich e) die Feststellung einer *Auflösung des Tabus* durch zivilgesellschaftliche Bewegungen, die einen offeneren, alltagsintegrierten, solidarischen Umgang mit dem Sterben und den Tod einfordern [9].

Zur Enttabuisierung des Sterbens und einer paradigmatischen Veränderung der Sorgeskultur am Lebensende haben in den letzten Jahrzehnten demnach ganz wesentlich zivilgesellschaftliche Bewegungen wie die Hospizbewegung und die Aids-Bewegung beigetragen [34].

Gesellschaftliche Umgänge mit Sterben und Tod unterliegen somit einem tiefgreifenden sozialen, professionellen

und kulturell-religiösen Wandel. Ihre (sub)kulturell, heterogenen Ausprägungen verbieten natürlich allgemein gültige Zu- und Beschreibungen für „die Gesellschaft“, die es in dieser Homogenität ja nicht gibt. Es bestehen große Differenzen zwischen modernen Gesellschaften an sich und zwischen kulturell, religiös, sozioökonomisch und lebensweltlich divers geprägten gesellschaftlichen Gruppen.

Unser Beitrag stellt nicht den Versuch dar, eine „neue“ thanatosozilogische „Geschichtsschreibung“ und Systematisierung vorzuschlagen. Im deutschsprachigen Raum gibt es dazu bereits fundierte Grundlagenarbeiten [10, 11]. Vielmehr geht es im Folgenden darum, zugespitzt, in thesehafter Form, dominante Entwicklungen in den mitteleuropäischen Gesellschaften zu beschreiben. Im Wissen um ihre Grenzen und Streitbarkeit sollen die Thesen auch zu Widerspruch und Diskussion anregen. Ausblickend wird die Förderung einer Philosophie der kommunalisierten Sorge diskutiert.

### Wir leben länger und wir sterben länger

Heute dominieren in unseren Breitengraden die sogenannten „Zivilisationskrankheiten“ bzw. die „chronisch-degenerativen Gefäßerkrankungen“; über 70 % aller Todesfälle sind auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Lungenerkrankungen und Skelettveränderungen zurückzuführen [12]. Krankheitsverläufe verändern sich und bringen spezifische Sorgebedarfe mit sich [13]. Wir stehen heute vor der Herausforderung, das hohe Alter und das lange, langsame, zerdehnte Sterben

bewältigen zu müssen. Nicht der Tod als solcher und die Tatsache, sterben zu müssen, beschäftigen, sondern die Umstände, das „Wie“ des Sterbens und die Zuschreibung, Sterben und Tod selbst, autonom gestalten zu müssen.

### Wir sterben eher nicht mehr plötzlich und unerwartet, sondern langsam und vorhersehbar

Unsere Vorfahren fürchteten den „plötzlichen Tod“. Ihre Angst konkretisierte sich in stehenden Gebeten. „Vor einem plötzlichen Tod bewahre uns, o Herr.“ Das Lebens- und Zeitgefühl in „christentümlichen Gesellschaften“ wurde vom Jenseits her bestimmt. Um dorthin zu gelangen, brauchte es Frieden mit Gott, Versöhnung mit den Menschen und eine gute unmittelbare Vorbereitung auf den Tod in der Sterbestunde.

Wichtig war es etwa, das Viaticum, die Kommunion, als Wegzehrung zu empfangen, durch Gebete, Segnungen, Rituale und Salbung („Letzte Ölung“) vorbereitet zu sein auf den Tod. Es galt als schlechtes Zeichen, wenn Sterbende nicht die „Gnadenmittel“ beispielsweise der römisch-katholischen Kirche empfangen konnten, sie also keine „gute Sterbestunde“ hatten. Die soziale Inszenierung eines guten Sterbens legte nahe, dass sich beim Sterbenden kurz vor dem Tod eine gewisse Beruhigung und Ruhe einzustellen hatte. Diese Haltung galt als ein Zeichen seines glaubenden Vertrauens. Dieses christentümliche Ideal wandelte sich im Zuge der Säkularisierung hin zum Wunsch nach einem schnellen, schmerz- und leidfreien Tod [14].

In früheren Gesellschaften war die durchschnittliche Lebenserwartung für die meisten eher gering, ein paar Jahrzehnte in der Regel. In jedem Augenblick konnte man vom Tod „ereilt“ werden. Insofern galt es, das bedrohte Leben nutzbringend zu verbringen („carpe diem“, „tempus fugit“ – nutze den Tag, die Zeit eilt dahin). Der Alltag war ein harter Überlebenskampf. Krankheiten waren buchstäblich lebensgefährlich. In einem archaischen Verständnis galten sie lange Zeit als eine Strafe Gottes. „Vor Krankheit, Hunger, Pest und

Krieg, bewahre uns, o Herr.“ Diese Geißeln der Menschheit schlugen unbarmherzig zu. Der Tod war selbstverständlich, eine alltägliche Erfahrung. Man war nicht überrascht, wenn „Schnitter Tod“ vor der Tür stand [19]. Heute ist das eher lange und langsame Sterben in Gesellschaften des langen Lebens nicht ambivalenzfrei. Die Leitbegriffe des Sterbens entsprechen dem Selbstverständnis der Moderne: autonom und selbstbestimmt, individuell und würdig, kurz und schmerzlos.

### Obwohl wir irdisch-biologisch länger leben, ist unser Leben um eine Ewigkeit kürzer geworden

Wir leben biologisch länger, doch ist unsere Lebenszeit um eine Ewigkeit kürzer geworden [15]. Für unsere Vorfahren vor noch zwei- oder dreihundert Jahren bestand das Leben in der Regel aus einem kurzen diesseitigen und einem ewigen jenseitigen Leben. Auf das Jenseits, den Himmel musste man sich vorbereiten. Die gesamte Daseinsorientierung ergab sich aus einem selbstverständlich angenommenen Glauben an ein Weiterleben im Sinne des christlichen Auferstehungsglaubens bzw. der Angst vor der ewigen Verdammnis. Was bedeuteten ein paar Jahrzehnte irdischen Jammertals angesichts der Aussicht auf die paradiesische Herrlichkeit Gottes? Ließen sich nicht mit dem Blick auf das Jenseits, dem „himmelnden Blick“, Lasten und Leiden, ja auch die Schmerzen des Lebens leichter ertragen? Der Tod bildete keine endgültige Trennung. Die Verstorbenen lebten weiter. Schließlich glaubte man an die „Gemeinschaft der Lebenden und der Toten“.

Sterben und der Umgang mit den Sterbenden waren vor allem eine religiöse Aufgabe, weniger eine soziale. Eine *Ars moriendi* (die Sterbekunst), die Fähigkeit und Bereitschaft des Menschen, mit dem sicheren drohenden und unmittelbaren Tod umzugehen, haben hier ihre Begründung. Entstehen sie doch in der Zeit des massenhaften Sterbens von Pestkranken. Die Menschen flüchteten aus Panik, selber angesteckt zu werden. Die sozialen Beziehungen lösten sich auf. Der Boden jeder sozialen Verlässlichkeit war erdbebenmäßig aufgebrochen. In einem

Zyklus von Novellen, „Il Decamerone“, beschreibt der italienische Dichter und Humanist Boccaccio (1313–1375) die Reaktionen auf die Pest im Florenz des Jahres 1348:

*Wir wollen davon schweigen, daß ein Mitbürger den anderen mied, daß der Nachbar fast nie den Nachbarn pfleget und die Verwandten einander selten oder nie besuchten; aber mit einem solchen Schrecken hatte dieses Elend die Brust der Männer wie der Frauen erfüllt, daß ein Bruder den andern im Stich ließ, der Oheim den Nefen, die Schwester den Bruder und oft die Frau den Mann, ja, was das schrecklichste ist und kaum glaublich scheint: Vater und Mutter weigerten sich, ihre Kinder zu besuchen und zu pflegen, als wären sie nicht die ihrigen [16].*

Die Gattung der Totentänze machte Realität und Schrecken des Todes in Szenenfolgen öffentlich. Die Botschaften auf den Mauern der Klöster und Beinhäuser des Mittelalters waren leicht zu lesen. Der Tod lädt nicht ein zum Tanz, er fordert nicht höflich oder vornehm dazu auf. Der Tod zwingt gewaltsam in seinen Tanz, und zwar alle Mitglieder der damaligen Gesellschaft; alle Stände, alle Geschlechter, kein Lebensalter ist vor ihm sicher. Der Tod holt sie alle: den Papst wie den Kaiser, die Ritter, Kaufleute, Handwerker, die Wechsler, Diebe und Bettler, ja auch die Kinder. Solche Bildsequenzen des Totentanzes erinnern an die fürchterlichen, leidvollen Jahre der Pestkatastrophen in Europa. Eine Traumatisierung, die sich tief in das kollektive Gedächtnis eingegraben hat. Noch heute weisen Redewendungen wie „Luftverpestung“, „es stinkt wie die Pest“, „etwas hassen oder jemanden fürchten wie die Pest“, oder auch „jemandem Unglück resp. die Pest an den Hals wünschen“, darauf hin.

Vor allem beförderten die Pestepidemien zwei fundamentale Erfahrungen im Lebens- und Weltverständnis unserer Vorfahren: Das soziale Leben brach zusammen, und mit ihm lösten sich auch die wichtigen Rituale des Sterbens und der Bestattung auf. Sie markierten die Grenze zwischen den Lebenden und den Toten. In kürzester Zeit konnten die Zuversicht stiftenden, das Jenseits öffnenden Rituale nicht mehr praktiziert

werden. Es starben einfach zu schnell zu viele Menschen. Im 14. Jahrhundert wurden Massenbestattungen und Massengräber notwendig, wie Giovanni Boccaccio berichtet.

*Da für die große Menge Leichen (...) der geweihte Boden nicht langte, (...) so machte man, statt der kirchlichen Gottesäcker, (...) sehr tiefe Gruben und warf die neu Hinzukommenden in diese zu Hunderten. Hier wurden die Leichen aufgehäuft wie die Waren in einem Schiff [17].*

Die tiefgreifende kollektive Auflösung der sozialen Lebensbezüge, die Verstörung und Lähmung der Menschen angesichts des massenhaften epidemischen Sterbens, ist verständlich. Man vergegenwärtigt sich nur, dass in einer von der Pest heimgesuchten Stadt in der Regel jeder zweite Bewohner an der Seuche starb, dass in diesem Zeitraum etwa 30 % der europäischen Bevölkerung der Pest zum Opfer fielen [18, 19]. Bis ins 18. Jahrhundert wiederholten sich immer wieder schwere Pestausbrüche mit einer Sterblichkeit von über 40 % und trafen auch nach dem 14. Jahrhundert viele Generationen [20]. Diese kollektiven existenziellen Verlust- und Todeserfahrungen haben den Boden für die Moderne mit aufbereitet:

*So gesehen kann die Entstehung der Moderne als eine kollektivpsychologische Reaktion auf traumatische Todeserfahrungen gedeutet werden, als Versuch, dem Ursprung von Krankheit, Tod und Naturkatastrophen jenseits von Metaphysik und Religion auf den Grund zu gehen [21].*

Die Vorstellung, dass sich das Leben in einer auf das Jenseits ausgerichteten Daseinsform anders darstellt und ordnet, Halt und Gehalt hat, kennzeichnete über Jahrhunderte das Lebensgefühl unserer Vorfahren und ihrer Fähigkeiten, mit Grenzerfahrungen umzugehen. Das Leben hier und jetzt ist relativ. Absolut ist die Ewigkeit.

Dieser Glaube an eine Kontinuität des Lebens in der Gegenwart Gottes im „Chor der Heiligen“ wird heute mehrheitlich in Europa nicht mehr geteilt. Die Vorstellungen vom Danach und ob es überhaupt „Etwas“ gibt, haben sich ge-

Bundesgesundheitsbl 2017 · 60:11–17 DOI 10.1007/s00103-016-2484-7  
© Der/die Autor(en) 2017. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

A. Heller · K. Wegleitner

## Sterben und Tod im gesellschaftlichen Wandel

### Zusammenfassung

Sterben, Tod und Trauer in den modernen Gesellschaften unterliegen einem tiefgreifenden sozialen, professionellen und kulturell-religiösen Wandel. Die normativ ritualisierten, kollektiven Umgänge der Menschen mit dem Sterben sind im Zuge der Säkularisierung und Ausdifferenzierung der Gesellschaften individuellen, subjektivierten Formen gewichen. In der Spätmoderne sind gesellschaftliche Vorstellungen eines „gelingenden“ oder „guten“ Sterbens vielfältig.

Im Artikel wird dieser Wandel in folgenden sieben Thesen beschrieben: 1. Wir leben länger, und wir sterben länger. 2. Wir sterben eher nicht mehr plötzlich und unerwartet, sondern langsam und vorhersehbar. 3. Obwohl wir irdisch-biologisch länger leben, ist unser Leben um eine Ewigkeit kürzer geworden. 4. Wir sterben nicht mehr auf der Bühne ritueller, familial-nachbarschaftlicher Beziehungen, sondern hinter den Kulissen von Organisationen. 5. Wir leben und sterben in einer Organisationsgesellschaft und

müssen den Umgang mit dem Sterben organisieren. 6. Leben und Sterben sind kein Großunternehmen in öffentlicher Hand, sondern ein Kleinunternehmen in privater Hand. 7. Hospizbewegung und Palliativmedizin haben eine gesellschaftliche Thematisierungs- und Kommunikationsleistung erbracht und die Optionen des Sterbens verändert.

Die Sorge am Lebensende erfordert in der Spätmoderne neue Zugänge, die durch Selbstverantwortung, Mitverantwortung und ein Zueinander von professionell-institutioneller und bürgerschaftlich-ehrenamtlicher Sorge getragen sind. Ein Paradigmenwechsel hin zu einer kommunalisierten Sorge zeichnet sich ab. Damit wird „das Sterben“ ein Thema in der Diskussion um die Zukunft der öffentlichen Gesundheit (Public Health) und der gesellschaftlichen Solidarität.

### Schlüsselwörter

Sterben · Tod · Sorgeskultur · Public Health · Spätmoderne

## Dying and death in societal transformation

### Abstract

Dying and death in modern societies are subject to profound social, professional and cultural-religious changes. Secularization and a stronger differentiation of societies have led to a change in the way humans handle the dying process. Normatively ritualized collective behaviour has been replaced by an individual, subjectivized approach. In late modern societies there are many different views of what “successful” or “good” dying means.

In the article this change is described by the following seven theses: 1. We live longer and we die longer. 2. We no longer die suddenly and unexpectedly but slowly and foreseeably. 3. Even though our biological life on earth has become longer, our life has been shortened by the loss of eternity. 4. We no longer die on the stage of ritualized relationships with our family and neighbours but behind the curtains of organizations. 5. We live and die

in a society of organizations and have to get organized for the final phase of our life. 6. Living and dying are no large, state-owned enterprises but small, private enterprises. 7. The hospice movement as well as palliative medicine have created public awareness, made dying a matter of discussion and offered a new set of options. In late modernism end-of-life care requires new approaches based on individual and shared responsibility as well as cooperation between professional institutions and community-based voluntary care. A change towards community care is visible. Thus “dying” is a topic in the discussion about the future of public health and societal solidarity.

### Keywords

Dying · Death · Care culture · Public health · Late modernism

ändert, ausdifferenziert und pluralisiert. Unterschiedliche Bilder, Jenseitsvorstellungen, Reinkarnationsphilosophien existieren und haben je verschiedenen Einfluss auf die individuelle Lebensführung und den Blick auf das Sterben und den Tod [22].

### Wir sterben nicht mehr auf der Bühne ritueller, familial-nachbarschaftlicher Beziehungen, sondern hinter den Kulissen von Organisationen

Sterben war bis in die Mitte des letzten Jahrhunderts eher ein öffentlich-gesellschaftliches Ereignis [23]. Die Lebensgrundlage und Zukunft aller Menschen in Haus und Hof waren davon betroffen. Rituelle Stabilisierung war angesagt. Man wusste, was zu tun war. Aufgaben und Rollen wurden zugeschrieben und wahrgenommen.

In den Kindheitserfahrungen eines Tiziano Terzani wird dieser ruhige, sicherheitsspendende, rituelle Umgang mit dem Tod und den Toten betrachtet:

*(...) nicht als etwas Unbegreifliches, aber Heiliges, Geheimnisvolles, Respekteinflößendes, angesichts dessen man auf Zehenspitzen ging, die Stimme senkte. Ich erinnerte mich gut an den Sterbenden in einem Bett, die flüsternde Verwandtschaft im Wohnzimmer und dann die Totenwache um den Verstorbenen herum. Da lag der Leichnam, und alle betrachteten ihn mit Verwunderung und Einverständnis. Der Tod war präsent. (...) Heute geschieht genau das Gegenteil. Der Tod verunsichert und soll verborgen werden. Und so schickt man den Todkranken ins Krankenhaus, um dort hinter einem Vorhang zu sterben, reglos ans Bett gefesselt durch all die Schläuche und Geräte, an die er angeschlossen ist, umgeben von aggressiven Geräuschen und Gerüchen, fremden Gesichtern – bereits im Jenseits, während er eigentlich noch im Diesseits ist [24].*

Die sozialen Veränderungen vollziehen sich in einer eigenartigen Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen, zu Hause anders als in den Organisationen des Krankenhauses oder der Rehabilitation. In seinem Roman der Zauberberg, der in einem

Schweizer Sanatorium spielt und 1924 abgeschlossen wurde, hat Thomas Mann diese aus einer heilungsorientierten Sanatorium-Stimmung diskrete Verschiebung der Toten hinter die Kulissen beschrieben:

*„Was ich dich fragen wollte (...) sind sonst schon viele Todesfälle vorgekommen, seit du hier oben bist?“ „Mehrere sicher“, antwortete Joachim. „Aber sie werden diskret behandelt, verstehst du, man erfährt nichts davon oder nur gelegentlich, später, es geht im strengsten Geheimnis vor sich, wenn einer stirbt (...) Wenn neben dir jemand stirbt, das merkst du gar nicht. Und der Sarg wird in aller Frühe gebracht, wenn du noch schläfst, und abgeholt wird der Betreffende auch nur zu solchen Zeiten, zum Beispiel während des Essens. (...) Hinter den Kulissen also geht so etwas vor sich“ [25].*

Die Metapher „hinter den Kulissen“ von Organisationen nimmt eine Realität des Umgangs mit dem Sterben und den Toten auf. Wohin führt der Weg? Wie soll auf die Konfrontation mit dem Sterbenden, dem Toten reagiert werden? Wie können die richtigen Worte nach dem Tod gefunden werden, die über ein gestottertes „Herzliches Beileid“ hinausgehen? Wie überhaupt Kontakt aufnehmen mit den Trauernden, wie mit den Toten? Der Soziologe Norbert Elias führt diese gestiegene Unsicherheit darauf zurück, dass viele gesellschaftlich vorgeschriebene Formeln die Aura vergangener Herrschaftssysteme mit sich tragen.

*(...) sie lassen sich nicht mehr mechanisch gebrauchen. (...) zugleich erzeugt die zivilisatorische Veränderung (...) bei vielen Menschen eine erhebliche Scheu und oft genug ein Unvermögen, starken Emotionen Ausdruck zu geben, sei es in der Öffentlichkeit, sei es auch im Privatleben. (...) In der Gegenwart von Sterbenden – auch von Trauernden – zeigt sich daher mit besonderer Schärfe ein für die heutige Stufe des Zivilisationsprozesses charakteristisches Dilemma. Ein Informalisierungsschub<sup>1</sup> im Rahmen die-*

*ses Prozesses hat dazu geführt, daß eine ganze Reihe herkömmlicher Verhaltensroutinen, darunter auch der Gebrauch ritueller Floskeln, in den großen Krisensituationen des menschlichen Lebens für viele Menschen suspekt und zum Teil peinlich geworden ist. Die Aufgabe, das richtige Wort und die richtige Geste zu finden, fällt also (...) auf den Einzelnen zurück [26].*

Wir leben und sterben in einer Organisationsgesellschaft und müssen den Umgang mit dem Sterben organisieren.

In wenigen Jahrzehnten haben sich tiefe Brüche und Verschiebungen im Umgang mit dem Sterben aufgetan. Die individuelle Fähigkeit, Sicherheit und Bereitschaft, mit den Brüchen und Krisen menschlichen Lebens umzugehen, wird stärker gefordert. Organisationen bestimmen das Leben und das Sterben. Unsere Gesellschaft heute ist eine organisierte Gesellschaft, eine Organisationsgesellschaft. Wir werden in Organisationen geboren, erzogen und verbringen unsere Arbeits- und Freizeit in ihnen. Viele von uns werden in Organisationen sterben [27].

Wichtige Vorgänge, das gesamte gesellschaftliche Leben vollziehen sich in und durch Organisationen. In den modernen Gesellschaften sind wir auf die Leistungsfähigkeit, die Funktionalität und Selbstentwicklung von Organisationen angewiesen. Der hohe Organisationscharakter gesellschaftlichen Lebens hilft, anstehende Fragen und Probleme aufzunehmen und bearbeiten zu können. Wir sterben mehrheitlich in Organisationen, in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Internationale Vergleiche zeigen, dass das Ausmaß der Institutionalisierung des Sterbens weiter zu- und somit das Sterben zu Hause weiter abnimmt [28, 29].

Organisationsgeschichtlich stellt „das Hospiz“ eine bemerkenswerte Innovation dar; eine Organisationsform, in der das Sterben nicht bekämpft werden muss, als Betriebsunfall oder Missgeschick gesehen wird, sondern als Teil des menschlichen Lebens. Erst durch dieses Organisationsziel wird es möglich, Bedingungen eines guten, menschenwürdigen, individualisierten Sterbens zu ermöglichen.

<sup>1</sup> Informalisierung = Auflösung strenger Verhaltensregeln, mit der Folge größerer Freiheit, aber auch größerer Unsicherheit.



Verständlich wird, dass das heutige Krankenhaus, mit den Organisationszielen der Gesundung, der Rehabilitation und der maximalen Lebensverlängerung, sich als Organisation schwer tut mit dem Sterben. Es ist ein Ergebnis der modernen Medizin und der gesellschaftlichen Erwartungen an sie, dass wir nicht mehr sterben dürfen, bzw. immer schwerer sterben. Die Interventionsmöglichkeiten der Medizin haben das Handlungsspektrum pharmakologisch und technologisch, chirurgisch und intensivmedizinisch erweitert. Der Tod wird hinausgeschoben, das Leben scheinbar beliebig verlängert. In seinen 1910 in Leipzig erstmals erschienen Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge nimmt Rainer Maria Rilke diese Entwicklung vorweg. Man stirbt „fabrikmäßig“ den Tod, der an der „Anstalt angestellt ist“ [30].

Diese Beobachtung nimmt in nahezu atemberaubender Weise die moderne Krankenhaus- und Organisationsgeschichte vorweg. Dieser Zusammenhang zwischen der Logik, der Organisationsdynamik, dem „Ticken einer Organisation“ und der Art und Weise, wie Menschen in ihr „gestorben werden“, bleibt das große Thema des 21. Jahrhunderts. Gesellschaftsgeschichtlich betrachtet hat diesen kulturellen Wandel von der individuellen Vorstellung eines eigenen Sterbens und der kollektiven Herstellung des Todes Günther Anders beschrieben:

*Im Zeitalter des Machens darfes eigentlich keine ungemachten Geschehnisse geben, mindestens keine, die unverwertbar oder nicht mindestens in ein Produktionsgeschehnis integriert wären. (...) Aber keine Übertreibung ist es zu behaupten, daß immer weniger von uns einfach an Lebensmüdigkeit oder Altersschwäche sterben. Einfache Sterbefälle sind bereits altertümliche Raritäten. Zumeist wird der Tod hergestellt. Gestorben wird [31].*

Pointiert formuliert: Nicht der Tod holt uns, sondern wir holen uns den Tod.

## **Leben und Sterben sind kein Großunternehmen in öffentlicher Hand, sondern ein Kleinunternehmen in privater Hand**

In den heutigen, pluralistischen Gesellschaften wird das Wie des Lebens und Sterbens nicht mehr vorgeschrieben. Man muss seine Lebens- und Sterbensgeschichte selber schreiben. An die Bürger wird die Erwartung gerichtet, autonom selber zu entscheiden, zu wählen, wie man leben, lieben, arbeiten, reisen, sterben und bestattet werden will. Nicht nur die Lebensgeschichte muss selbst entwickelt, „geschrieben“ und aufgezeichnet werden. Wir werden gezwungen, über die Dramaturgie unseres Altwerdens und Sterbens zu „verfügen“, den Ort und das Wie des Sterbens zu wählen und über den Modus der Versorgung (Maximaltherapie versus Minimaltherapie, kurativ versus palliativ etc.) letztlich noch Vorsorge zu treffen.

Der moderne Mensch hat nicht nur Möglichkeiten als Freiheiten, er steht unter dem Zwang zur Wahl [32]. Er kann nicht nur wählen, er muss sein Leben und sein Sterben gestalten, als Projekt betrachten [33]. Wie kann ich in Ruhe sterben? Welche Optionen gibt es? Im Pflegeheim? Im Krankenhaus? Dann im Hospiz? Zu Hause? Anderswo? Mit Hilfe anderer? Durch eigene Hand? Langsam oder beschleunigt?

In diesem „Multioptionsdilemma des Sterbens“ steckt ein Gestaltungszwang. Zumindest entsteht in seinem Sog die Erwartung, ein gutes Sterben zu „machen“.

Tony Walter sieht diese „Subjektivierung des Todes“ als eines der Charakteristika des neo-, oder spätmodernen Todes. Aus dieser problematisierenden Diagnose leitet er gleichzeitig die Hoffnung auf die Förderung oder Wiederentdeckung eines veränderten, beziehungs- und gemeinschaftsorientierten Umgangs mit dem Sterben ab [34].

## **Hospizbewegung und Palliativmedizin haben eine gesellschaftliche Thematisierungs- und Kommunikationsleistung erbracht und die Optionen des Sterbens verändert**

Die Hospizbewegung in Deutschland tritt seit mehr als 30 Jahren [35] für ein individuelles und würdiges Sterben ein. Durch ihre Thematisierungsleistung ist es gelungen, Sterben, Tod und Trauer als Themen auf die Agenden der Gesellschaft zu setzen und einen qualitativ anderen öffentlichen Diskurs zu initiieren und zu ermöglichen. „Hospiz“ als eine Art Menschenrechtsbewegung tritt ein für die Würde und Würdigung von vulnerablen Personen in der letzten Lebensphase und bildet eine Gegenbewegung gegen die Inhumanität des Sterbens und seine Beschleunigung (Euthanasie). Sie tritt auf gegen die Demütigungen der Sterbenden und ihrer Bezugspersonen in der Gesellschaft und ihren Organisationen [36]. Das Ziel der Hospizarbeit, die Sterbenden nicht aus der Solidarität der Gesellschaft zu entlassen, ist ein gesellschaftlicher Auftrag. Auch die Hospiz- und Palliativeinrichtungen sind Knotenpunkte in unterstützenden, umsorgenden lokalen und regionalen Sorgenetzen.

Die „Entdeckung“ des umfassenden Leidens und Schmerzes („total pain“) von Cicely Saunders hat sich mittlerweile durchgesetzt und in der WHO-Definition von Palliative Care praktisch weltweit normativen Charakter entfaltet. Menschen sind demnach in ihrer biopsychosozialen und spirituellen Gesamtheit zu behandeln und bis ans Ende zu begleiten. Diese Multidimensionalität der Anthropologie erfordert eine Interdisziplinarität und Multiprofessionalität in Praxis und Theorie (Teamarbeit, Zueinander von professionellen und zivilgesellschaftlichen Engagements).

## **Fazit und Ausblick**

Der gesellschaftliche Umgang mit Sterben, Tod und Trauer hat sich in den letzten Jahrhunderten deutlich gewandelt. Von normativ ritualisierten, kollektiven

Umgängen hin zu individuellen, subjektivierten Formen, das eigene Sterben zu planen, es in einer multioptionalen, ausdifferenzierten Gesellschaft gestalten zu müssen. Das Sterben wird gesellschaftlich in Organisationen des Sozial- und Gesundheitssystems organisiert. Der Hospizarbeit und Palliativmedizin kommt zunehmend eine besondere Bedeutung zu, ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

International hat im letzten Jahrzehnt eine Diskussion um eine „neue Sorgeskultur am Lebensende“ [37–39, 45], eine kommunalisierte Sorge begonnen. Diese macht deutlich, dass die einzelne Person am Lebensende in ihrem sozialen Lebenszusammenhang gesehen werden muss („care unit“). Sie richtet den Blick auch auf die gesellschaftlichen und politischen Rahmen- und Lebensbedingungen des Sterbens [40]. Damit wird einerseits die Frage nach der gesellschaftlichen Verteilung und Übernahme von Sorgeverantwortung gestellt [41], und andererseits die Frage nach den gesellschaftlichen Möglichkeiten, das Zutrauen in die eigenen, sozial gestützten Umgänge mit Krankheit, Sterben, Tod und Trauer, in ein subsidiarisches Sorgenetz zu stabilisieren [42]. Die Public-Health- und Gesundheitsförderungsperspektive in Palliative Care gewinnt damit immer mehr an Bedeutung [43].

Der Sorgebedarf am Lebensende erfordert diese neuen Zugänge, die von Selbstverantwortung, Mitverantwortung und durch ein Zueinander von professionell-institutioneller und bürgerschaftlich-ehrenamtlicher Sorge charakterisiert sind. International verdichten sich die Zukunftsbilder in Begriffsprägungen wie „caring communities“ [44], „compassionate cities“ [45], sorgende oder mitfühlende Gemeinden [46].

Diese Philosophie einer kommunalisierten Sorge ist getragen von dem Bemühen, Sterbende und ihre Bezugspersonen im Lebenszusammenhang einer umfassenden Sorge zu sehen. Damit wird „das Sterben“ ein Thema in der Diskussion um die Zukunft der öffentlichen Gesundheit (Public Health) und der gesellschaftlichen Solidarität.

## Fazit für die Praxis

**Die an der Sorge am Lebensende beteiligten Professionen und Organisationen müssen dabei neuen Anforderungen gerecht werden. Die gute Gestaltung und Koordination von lokalen und regionalen Sorgenetzen wird für Pflegeheime, Krankenhäuser, Hospiz- und Palliativdiensten und den niedergelassenen Bereich zentral. Dabei ist das Zusammenspiel mit den professionellen Partnern ebenso wichtig, wie jenes mit den Bezugspersonen und bürgerschaftlich Engagierten. Neben der akuten und/oder palliativen Versorgung der Betroffenen rücken präventive, gesundheitsförderliche Aspekte viel stärker in den Vordergrund, auch im Sterben. Offenheit der Institutionen und „das Bauen“ von vielfältigen Brücken, in die Gemeinden, die Quartiere und die Nachbarschaften hinein wird dafür erforderlich sein. Der politische Rahmen, der solche Entwicklungen ermöglicht und fördert, ist erst dabei gezimmert zu werden. Letztlich braucht es dazu fundamentale Veränderungen der sozial- und gesundheitspolitischen Architektur, sektorenübergreifende und sozialraumorientierte Organisation und Finanzierung von Sorge.**

## Korrespondenzadresse

**Ass.-Prof. Mag. Dr. K. Wegleitner**  
IFF Wien – Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik, Alpen-Adria Universität  
Klagenfurt Graz Wien  
Schottenfeldgasse 29/4/1, 1070 Wien,  
Österreich  
andreas.heller@aau.at

Open access funding provided by University of Klagenfurt.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** A. Heller und K. Wegleitner geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe

in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

## Literatur

- Paz O (1998) Das Labyrinth der Einsamkeit. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 62
- Bauman Z (1992) Mortality, immortality and other life strategies. Polity Press, Cambridge
- Clark D (Hrsg) (1993) Sociology of death. Blackwell, Oxford
- Ariès P (1985) Geschichte des Todes. Deutscher Taschenbuch Verlag, München
- Clark D (2002) Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. BMJ 324:905–907
- Elias N (1982) Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Suhrkamp, Frankfurt
- Wils J-P (2007) ars moriendi. Über das Sterben. Insel, Frankfurt
- Nassehi A, Saake I (2005) Kontexturen des Todes. Eine Neubestimmung soziologischer Thanatologie. In: Knoblauch H, Zingerle A (Hrsg) Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. Sozialwissenschaftliche Abhandlungen der Görres-Gesellschaft, Bd. 27. Duncker & Humboldt, Berlin, S 31–54
- Walter T (1991) Modern death: taboo or not taboo? Sociology 25:293–310
- Feldmann K (2004) Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick. VS, Wiesbaden
- Knoblauch H, Zingerle A (Hrsg) (2005) Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. Sozialwissenschaftliche Abhandlungen der Görres-Gesellschaft, Bd. 27. Duncker & Humboldt, Berlin
- Statistisches Bundesamt (2016) Todesursachen in Deutschland 2014. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A (2005) Illness trajectories and palliative care. BMJ 330:1007–1011
- Stolberg M (2011) Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute. Mabuse, Frankfurt, S 107
- Imhof AE (1991) Ars moriendi. Die Kunst des Sterbens einst und heute. Böhlau, Wien
- Bocaccio G (1964) Das Dekameron. Winkler, München, S 17–20
- Bocaccio G (1964) Das Dekameron. Winkler, München, S 20
- Bulst N (1979) Der schwarze Tod. Demographische, wirtschafts- und kulturgeschichtliche Aspekte der Pestkatastrophe von 1347–1352. Bilanz der neueren Forschung. Saeculum 30:45–67
- Winkler S (1997) Geißeln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen. Patmos, Düsseldorf
- Bergmann A (2004) Der entseelte Patient. Die moderne Medizin und der Tod. Aufbau, Weimar, S 40–98
- Bergmann A (2004) Der entseelte Patient. Die moderne Medizin und der Tod. Aufbau-Verlag, Weimar, S 98
- Gronemeyer M (2009) Das Leben als letzte Gelegenheit. Sicherheitsbedürfnisse und Zeitknappheit, 3. Aufl. Wissenschaftliche Buchgesellschaft WBG, Darmstadt
- Stasiuk A (2013) Kurzes Buch über das Sterben. Suhrkamp, Frankfurt

24. Terzani T (2013) Noch eine Runde auf dem Karussell: vom Leben und Sterben. Hoffmann und Campe, Hamburg, S351
25. Mann T (2007) Der Zauberberg, 18. Aufl. S Fischer, Frankfurt, S77
26. Elias N (1982) Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Suhrkamp, Frankfurt, S44–45
27. Etzioni A (1967) Modern organizations. Prentice Hall, New Jersey, S1
28. Gomes B, Higginson IJ (2006) Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ* 332(7540):515–521
29. Broad JB, Gott M, Kim H, Boyd M, Chen H, Connolly MJ (2013) Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics. *Int J Public Health* 58(2):257–267
30. Rilke RM (1980) Die Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge Bd. III. Suhrkamp, Frankfurt, S107
31. Anders G (1980) Über die Zerstörung des Lebens im Zeitalter der dritten industriellen Revolution. Die Antiquiertheit des Menschen, Bd. 2. Beck, München, S247
32. Berger PL (1980) Der Zwang zur Häresie: Religion in der pluralistischen Gesellschaft. S. Fischer, Frankfurt
33. Han B-C (2011) Topologie der Gewalt. Matthes Seitz, Berlin
34. Walter T (1994) The revival of death. Routledge, London
35. Heller A, Pleschberger S, Fink M, Gronemeyer R (2015) Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland. hospiz, Ludwigsburg
36. Margalit A (1999) Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung. Alexander Fest, Berlin
37. Dörner K (2007) Leben und Sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Paranus, Neumünster
38. Gronemeyer R, Heller A (2014) In Ruhe sterben – Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann. Pattloch, München
39. Wegleitner K, Heimerl K, Kellehear A (Hrsg) (2015) Compassionate communities: case studies from Britain and Europe. Routledge, London
40. Conway S (Hrsg) (2011) Governing death and loss. Empowerment, involvement, and participation. Oxford University Press, New York
41. Kellehear A (2013) Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. *Q J Med.* doi:10.1093/qjmed/hct200
42. Abel J, Walter T, Carey LB et al (2013) Circles of care: should community development redefine the practice of palliative care? *Bmj Support Palliat Care.* doi:10.1136/bmjspcare-2012-000359
43. Libby S, Suresh K, Kellehear A (Hrsg) (2012) International perspectives on public health and palliative care. Routledge, London
44. Klie T (2015) On the way to a caring community? the German debate. In: Wegleitner K, Heimerl K, Kellehear A (Hrsg) Compassionate communities. Case studies from Britain and Europe. Routledge, London, S198–209
45. Kellehear A (2005) Compassionate cities. Public health and end-of-life care. Routledge, London
46. Wegleitner K (2015) Compassionate Communities: Von der institutionellen Versorgung zur Sorgeskultur, vom „professionalisierten“ Ehrenamt zum zivilgesellschaftlichen Engagement. *Leidfaden* 4(4):3–29