

Erich Lehner

Sterben als kulturelle Herausforderung moderner Gesellschaft

Die Rahmenbedingungen des Sterbens haben sich verändert. Soziale, psychische und physische Dimensionen des Sterbeprozesses werden zunehmend unterscheidbar und spielen doch eng zusammen. Das erfordert eine verstärkte Zusammenarbeit von Pflegepersonal, ÄrztInnen, Familien und FreundInnen von Sterbenden; denn diese brauchen nicht nur medizinische, sondern vor allem soziale Unterstützung.

Das Paradigma der »Todesverdrängung« ist zu einem vielzitierten Topos in der Analyse des Umgangs moderner Gesellschaften mit dem Tod geworden.¹ Der Umgang mit Sterben und Tod stellte jedoch für die Menschen aller Zeiten ein Problem dar, das seine »kulturelle Aufbereitung, Zähmung und Ritualisierung«² zur Folge hatte. Allein schon der Gedanke an den Tod birgt in sich einen Akt der Verneinung des Todes. Indem ein Mensch denkend sein Leben gestaltet, handelt er so, als ob es den Tod jetzt nicht gäbe. In diesem Sinn lässt sich die gesamte menschliche Kultur, verstanden als die kreative Fähigkeit des Menschen, sich selbst und seine Umwelt zu gestalten, als »ausgeklügelter Protest gegen das Geschick, dass wir sterblich sind,«³ begreifen. Gerade jene kulturellen Tech-

niken, die Menschen früherer Generationen geholfen haben, Sterben und Tod zu bewältigen, sind heute bei weitem nicht mehr ausreichend. Die Wurzel dieser Probleme liegt jedoch nicht in einer Todesverdrängung, sondern in den im Vergleich zu früheren Zeiten veränderten Rahmenbedingungen, innerhalb derer Menschen heute leiden und sterben müssen.

Soziales, psychisches und physisches Sterben

- Noch nie in der Geschichte wurde die Prozesshaftigkeit des Todes so erlebt wie heute. Es beginnt mit der klinischen Unterscheidung von Herz-, Gehirn- und Organtod, die selbst den absoluten Endpunkt des Lebens als prozesshaftes Geschehen erscheinen lässt. Jedoch auch wenn ein Mensch physisch tot ist, zeigt das Phänomen der Trauer, dass er zumindest im Bewusstsein seiner nächsten Angehörigen lebt. Ein Mensch kann also, obwohl physisch tot, sozial weiterleben. Während die Erfahrung der sozialen Anwesenheit Verstorbener gerade in unserer Zeit weniger wird, lässt sich möglicherweise sogar die umgekehrte Erfahrung als ein Merkmal unserer Zeit bestimmen. Also nicht, dass ein Mensch zwar physisch tot, aber sozial lebendig

ist, sondern umgekehrt, dass ein Mensch zwar noch physisch lebt, aber sich sozial tot fühlt. In diese Richtung weist das Selbsterleben vieler

»Manche Menschen erleben den sozialen und den psychischen Tod noch vor ihrem physischen Ende.«

kranker oder alter Menschen, die keinen sozialen Anschluss finden und das Gefühl haben, dass sie für die anderen schon längst »gestorben« sind. Viele Menschen verlieren aufgrund der sozialen Isolierung auch ihre psychische Identität und werden – medizinisch korrekt – als »psychisch verändert« oder »verwirrt« diagnostiziert. Diese Menschen erleben den sozialen und den psychischen Tod noch vor ihrem physischen Ende.

Diese Prozesshaftigkeit des Sterbens und ihr Auseinanderfallen in ein physisches, soziales und psychisches Sterben kennzeichnet die Erfahrung des Todes 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.«⁴ Eine der wichtigsten Ursachen für dieses Erleben ist die gewaltige Verlängerung der physischen Lebenszeit. Während in Deutschland die durchschnittliche Lebenserwartung im Jahr 1855 noch 37,2 Jahre betrug, stieg sie im Jahr 1985 auf 74,6 Jahre. Damit hat sich die durchschnittliche Lebenszeit verdoppelt. Gleichzeitig hat sich auch das Sterben verlängert. Führten in früheren Zeiten die von außen (»exogen«) das Leben bedrohende Trias »Pest, Hunger und Krieg« zu einem meist schnell eintretenden Tod, so sind es heute vor allem von innen (»endogen«) wirksame Todesursachen, die das Leben erst nach einem

länger andauernden Prozess zu Ende bringen: Herz- und Kreislauferkrankungen, verschiedene Formen von Krebs und degenerative Leiden.⁵ Diese Krankheitsbilder lassen nicht nur einen langen Krankheitsverlauf erwarten, sondern ebenso eine längere Zeit des Sterbens. Gemeint ist jene Zeit, in der nach medizinischem Ermessen keine Chance auf Heilung besteht, aber der Tod noch nicht eingetreten ist.

Aufgrund der verlängerten Lebenszeit wurde erstmals die soziale, psychische und physische Dimension im Leben und im Sterben als unterschieden wahrnehmbar. Wissenschaftliche Forschung konnte nun untersuchen, wie sie miteinander interagieren. So konnte eine englische Studie schon 1987 aufweisen, dass Kranke mit aktiven und wechselseitigen Beziehungen zu anderen Menschen länger lebten als solche, die einsam waren. Ebenso zeigte sich in dieser Studie, dass frühe Trennungen in der Kindheit von kranken Menschen einen Einfluss auf die Überle-

»Kranke mit aktiven und wechselseitigen Beziehungen zu anderen Menschen leben länger.«

benszeit in ihrer Erkrankung hatten. Generell kam diese Untersuchung zu dem Schluss, dass Kranke, die früher starben, weniger Freunde und zu ihren Familien eher distanzierte Beziehungen hatten beziehungsweise insgesamt Verbindungen, die durch Feindseligkeit bei gleichzeitiger Abhängigkeit geprägt waren.⁶ Zu ähnlichen Aussagen kommt auch die eindrucksvolle Studie des amerikanischen Arztes David Spiegel. Er lud Patientinnen mit Brustkrebs im fortgeschrittenen Stadium zu einer einjährigen Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ein. Die Teilnehmerinnen an den regelmäßigen Gruppentreffen hatten eine bis zu doppelt so lange Überlebenszeit als jene

Frauen der Vergleichsgruppe, die nicht an solchen Gruppen teilnahmen.⁷

Auf Basis der Spiegel-Studie lässt sich der Mechanismus der wechselseitigen Beziehung von physischer, psychischer und sozialer Dimension des Lebens folgendermaßen beschreiben. Schwer kranke Frauen fanden in der Gruppe jene soziale Unterstützung, die sie in die psychische Lage versetzten, individuelle Trauerprozesse zuzulassen, und dadurch ihr Gefühl der Identität rund um die Erkrankung neu aufzubauen. Dies nun hatte wiederum den Effekt, dass sich auch ihre physische Überlebenszeit verlängerte. Ein aktuelles Bemühen, auf die veränderten Bedingungen von Sterben und Tod sowohl individuell als auch gesellschaftlich angemessen zu reagieren, muss deshalb sowohl die verlängerte Zeit des Lebens und Sterbens als auch die unterschiedlichen sozialen, psychischen und physischen Dimensionen des Lebens in ihrer wechselseitigen Beziehung ernst nehmen.

Soziale Beziehungen

● In allen Untersuchungen zeigt sich also die große Bedeutung sozialer Beziehungen. Soziale Beziehungen dürfen jedoch nicht vorschnell mit familiären Beziehungen gleichgesetzt werden. Gerade die englische Studie wies darauf hin, dass nicht allein das Vorhandensein einer Familie, sondern erst die Qualität der familiären Beziehungen entscheidend war. Damit soziale Beziehungen als hilfreich erlebt werden, sollten sechs Bedürfnisqualitäten erfüllt werden:⁸

- das Bedürfnis nach einer engen Bindung, die das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit vermittelt
- das Bedürfnis nach Kommunikation mit gleich gesinnten Menschen als Basis für die Teilnahme am sozialen Leben

- das Gefühl, von anderen Menschen gebraucht zu werden
- die Möglichkeit, Rollenkompetenz unter Beweis zu stellen, was für die Selbstwertsteigerung wichtig ist
- das Gefühl der zuverlässigen Beziehung, dass man auf den anderen zählen kann
- die Gewissheit, sich an anderen orientieren zu können

Soziale Unterstützung (also Beziehungen, die gemäß den zitierten Kriterien als positiv erlebt werden) wirkt wie ein Puffer und vermindert die psychischen Belastungen. Sie bewirkt ein besseres Bewältigungsverhalten und eine bessere Lebensqualität und kann sogar einen positiven Einfluss auf die Überlebenszeit ausüben.

Wenngleich der Familie eine entscheidende Bedeutung für die soziale Unterstützung zukommt, so bleibt sie dennoch nicht auf sie beschränkt. Im Grunde kann jede Person, sei es nun ein näheres oder weiteres Familienmitglied, seien es NachbarInnen, FreundInnen, BerufskollegInnen oder Professionelle wie Pflegepersonen und ÄrztInnen, etc. die oben angeführten Bedürfnisse gemäß den jeweiligen Möglichkeiten erfüllen. Ebenso muss auch klar

»Wenngleich der Familie eine entscheidende Bedeutung für die soziale Unterstützung zukommt, so bleibt sie dennoch nicht auf sie beschränkt.«

die Grenze der Leistungsfähigkeit einer Familie, ihrem kranken Angehörigen soziale Unterstützung zu bieten, gesehen werden. Ein Bündel von Belastungsfaktoren können eine pflegende Familie an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringen und damit ihre Möglichkeiten, soziale Unterstützung zu gewähren, zwangs-

läufig einschränken. Gerade die verlängerte Zeit im Sterben, die eine verlängerte Zeit der Pflege bedeutet, erweist sich zusammen mit der zahlenmäßig kleinen Familienstruktur der Kernfamilie, in der sich die Hauptlast der Betreuung zum Großteil auf eine Person, meist die Frau, konzentriert, als immenses Belastungspaket. Dazu kommt als zusätzliche Erschwernis die fehlende Ausbildung und Betreuung der in einer Familie mit der Pflege befassten Personen. Schließlich stellt für viele Familienmitglieder die Vereinbarkeit der Pflege mit einem Arbeitssystem, in dem für die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger keine Zeit vorgesehen ist, eine beinahe unüberwindliche Hürde dar.⁹

Für die Betreuung Sterbender ergibt sich deshalb die Forderung, ein Pflege- und Betreuungssystem für Schwerkranke, Alte und Sterbende zu schaffen, in dem familiäre Betreuung durch institutionelle Pflege unterstützt wird. Das Ziel ist nicht, die Familienpflege durch Professionelle zu ersetzen. Es geht vielmehr darum, der Familie von außen jene Unterstützung zukommen zu lassen, die sie erst befähigt, ihren bleibend notwendigen Beitrag an der Pflege eines schwer kranken Menschen auch wirklich leisten zu können. Die Hauptlast liegt dabei bei professionellen Pflegeinstitutionen. Diese Forderung hat nicht nur weitreichende politische Konsequenzen, sondern erfordert auch ein Umdenken der einzelnen Familien und der erkrankten Person. Zunächst müssen familiäre Systeme lernen, in Zeiten der Krise, wie sie die Pflegebedürftigkeit eines Mitglieds darstellt, den Binnenraum der Intimität auf Hilfe und Unterstützung von außen zu öffnen. Damit ist auch verbunden, dass die Menschen lernen, den noch immer tief in ihren Herzen eingewurzelten Wunsch, das Leben »zu Hause«, im Kreise der ihnen nahe stehenden Men-

schen zu beenden, grundlegend zu modifizieren.¹⁰ Alle Anzeichen deuten darauf hin, dass die meisten Menschen ihr Leben auch in Zu-

**»ein Arbeitssystem, in dem für die
Betreuung pflegebedürftiger Ange-
höriger keine Zeit vorgesehen ist«**

kunft in einer Institution beenden werden. Es muss deshalb das Ziel gesellschaftspolitischer Entwicklungen sein, dass es in allen Pflegeinstitution – nicht nur in Hospizen – möglich ist, im Kreis nahe stehender Menschen zu sterben. Diese Pflegeinstitutionen werden noch viel Phantasie und Einfühlungsvermögen aufbringen müssen und Politik und Gesellschaft werden in noch größerem Ausmaß als bisher die notwendigen Ressourcen bereitstellen müssen, um die Pflege derart zu organisieren, dass den KlientInnen auch im Rahmen der Institution ein Sterben in Würde und in familiären Beziehungen ermöglicht wird.

Trauer als Form, das Sterben psychisch zu verarbeiten

- Das Leben zwingt Menschen eine Vielzahl verschiedenster Verlusterlebnisse auf: Menschen verlieren ihre Arbeit, Beziehungen zerbrechen, Menschen verlieren ihre Kindheit und Jugend – die Reihe ließe sich schier endlos fortsetzen. In all diesen Situationen müssen Menschen lernen, Abschied zu nehmen von etwas, das zu Ende geht. Strukturell sind diese Erfahrungen jenen gleich, die Menschen im Sterben machen, in dem das Leben allmählich zu Ende geht. Die natürliche psychische Reaktion auf Verlusterfahrungen ist die Trauer. Sie ist der gesamt menschliche, psycho-sozial-soma-

tische Ausdruck dieses Verlustes.¹¹ Sterben als ein Prozess, in dem ein Mensch trauernd sein Leben verliert, ist ein zutiefst individuelles Geschehen, das einzig und allein der oder die Sterbende selbst bewerkstelligen können.¹² Trotz dieser Individualität des Sterbens können einige Elemente als Orientierungshilfe beschrieben werden.

Sterbende bewegen sich sehr oft in dem scheinbaren Widerspruch, dass sie ihre Realität verleugnen und dann wieder offen ansprechen. Verstehbar wird dieses Verhalten, wenn wir es als Ausdruck eines subjektiven Bewältigungsprozesses sehen. Innerhalb dieses Prozesses heißt Verleugnen, dass der oder die Betroffene die volle Wahrheit der eigenen Situation im Moment nicht realisieren kann. Das Element des Verleugnens ist ein Schutzmechanismus, der das Individuum vor Überforderung schützt. Es ist genauso wichtig wie das scheinbar im Gegensatz dazu stehende Element der Wahrhaftigkeit. Eine sterbende Person braucht die Wahrheit. Sie braucht sie jedoch in dem für sie passenden Zeitpunkt und in dem für sie passenden Maß und eingebettet in eine stützende Beziehung, die sich als gemeinsamer Prozess

*»Sterben als ein Prozess,
in dem ein Mensch trauernd
sein Leben verliert«*

des Suchens nach der subjektiven Wahrheit der oder des Sterbenden gestaltet. Innerhalb dieses Prozesses kommt Gefühlen eine große Bedeutung zu. Sie sind das dritte Element im Prozess des Sterbens. Das Leitgefühl ist wohl die Trauer, die jedoch in sich unterschiedliche, oft sehr widersprüchliche Gefühle birgt. Neben der Traurigkeit, die sich etwa in einem Weinen äußert, sind in der Trauer Gefühle wie Wut,

Zorn, Angst, Ruhelosigkeit, Schuld, Schock, Verlassenheit, Einsamkeit, Betäubung, Sehnsucht, Erleichterung usw. enthalten. Im Bewältigen derartiger emotionaler Turbulenzen passiert immer auch ein Erinnern früherer Verlust- und Trauererfahrungen. Dabei lässt sich auch das Element der »Lebensbilanz« (Ina Spiegel-Rösing) feststellen.¹³

Sterbende, die derartige Trauerprozesse durchmachen, brauchen eine soziale Umgebung, die dies zulässt. Die eigenen Familienmitglieder sind sehr oft aufgrund der eigenen Betroffenheit und der eigenen Trauer in diesen Prozessen emotional überfordert. Einmal mehr zeigt sich das notwendige Zueinander von familiärer Betreuung und Begleitung durch professionelles Personal.

Wider die Medizinalisierung des physischen Todes

- Lag der Erfolg der naturwissenschaftlich orientierten Medizin in ihrer Beschränkung auf physische Prozesse, so muss die Medizin der Zukunft umdenken. Forschungen der letzten Jahrzehnte, die die engen Wechselwirkungen zwischen »sozialen, seelischen und physiologischen Vorgänge« aufzeigen, »zwingt« die Medizin ihr bisher dominierendes naturwissenschaftliches Menschenbild auf ein »sozio-psycho-somatisches Menschenbild« hin zu erweitern.¹⁴ Die Medizin, die sich kompetent mit der physischen Dimension des Lebens beschäftigt, ist deshalb in Zukunft gefordert, sich in interdisziplinäre Kooperationen mit wissenschaftlichen Disziplinen, die sich mit sozialen und psychischen Vorgängen beschäftigen, einzubinden.

Gesellschaftspolitische Konsequenzen

● Für eine zukünftige Gestaltung des Lebensendes unter den geänderten Rahmenbedingungen moderner Gesellschaften erweist sich Kommunikation als Schlüsselwort. Die entscheidende Aufgabe wird darin bestehen, soziale Hilfsysteme und Gesundheitsinstitutionen, unterschiedliche Professionen, Angehörige und FreundInnen zu vernetzen und mit dem schwer kranken Menschen und seinen Bedürfnissen in Beziehung zu bringen.

Gefordert ist zunächst einmal und fundamental die Politik. Sie muss dem Umstand Rechnung tragen, dass die Familie allein mit der Pflege eines schwer kranken und sterbenden Menschen überfordert ist. Sie wird in zukünftigen gesellschaftspolitischen Vertei-

lungskämpfen ein flexibles und durchlässiges System von ambulanten, teilstationären und stationären Institutionen durchzusetzen haben. Darüber hinaus sind die Pflegeinstitutionen und die in ihnen arbeitenden Personen gefordert. Sie werden neben ihrem pflegerischen und medizinischen Know-how verstärkt kommunikative Kompetenz und die Fähigkeit zur (interdisziplinären) Teamarbeit mitbringen

»ein System verlässlicher und belastbarer Beziehungen«

müssen.¹⁵ Schließlich ist auch jeder einzelne Mensch gefordert. In einer Welt zunehmender Vereinzelung wird jeder Mensch lernen müssen, sich rechtzeitig ein System verlässlicher und belastbarer Beziehungen aufzubauen.

¹ Armin Nassehi/Georg Weber, *Modernität und Gesellschaft. Zu einer Theorie der Todesverdrängung*. Opladen 1989.

² Klaus Feldmann, *Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse*, Opladen 1997, 37.

³ Zygmunt Bauman, *Tod, Unsterblichkeit und andere Lebensstrategien*. Frankfurt 1994, 25.

⁴ Klaus Feldmann, *Physisches und soziales Sterben*, in: *Sterben und Tod in Europa. Wahrnehmungen, Deutungsmuster, Wandlungen*, hg. v. Ulrich Becker/Klaus Feldmann/Friedrich Johannsen, Neukirchen-Vluyn 1998, 94.

⁵ Arthur E. Imhof, *Die Lebenszeit. Vom aufgeschobenen*

Tod und von der Kunst des Lebens, München 1988; Thomas Neger, *Der Wandel der Todesursachen*, in: *Tod und Gesellschaft – Tod im Wandel*, hg. v. Christoph Daxelmüller, Regensburg 1996, 93-95.

⁶ Feldmann, *Sterben und Tod*, 54.

⁷ David Spiegel et al., *Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer*, in: *Lancet* 2/1989, 888-891.

⁸ Gerhard Strittmatter, *Einbeziehung der Familie in die Krankenbetreuung und begleitende Familientherapie*, in: *Lehrbuch der Palliativmedizin*, hg. v. Eberhard Aulbert, Stuttgart 1997, 803.

⁹ Erich Lehner, *Die Pflege Kranker in der Familie.*

Chancen und Grenzen, in: *Dialog* 4/1991, 14-15.

¹⁰ Paul M. Zulehner/Hermann Denz/Martina Beham/Christian Friesl, *Vom Untertan zum Freiheitskünstler. Eine Kulturdiagnose anhand der Untersuchungen »Religion im Leben der Österreicher 1970 bis 1990« – »Europäische Wertestudie – Österreichteil 1990«*, Wien 1991, 208.

¹¹ Josef Hoffmann, *Sterben lernen, um leben zu können – Reifen im Bewußtsein der Endlichkeit des Lebens*, in: *Abschied, Tod und Trauer in der sozialtherapeutischen Arbeit*, hg. v. Wolfgang Scheiblich, Freiburg 1991, 50.

¹² Ralf Jernezig/Arnold Langmayer/Ulrich Schubert, *Leitfaden zur Trauerthera-*

pie und Trauerberatung, Göttingen 1991, 25.

¹³ Erich Lehner, *Seelsorgliche Aufgaben um Sterben, Tod und Trauer*, in: *Theologische Information* 76 (Beilage zum Linzer Diözesanblatt), hg. v. Diözese Linz, Institut Pastorale Fortbildung, Linz 1996, 1-5.

¹⁴ Bernhard Badura, *Public Health und Pflege*, in: *Akademisierung von Pflege und Public Health. Ein gesundheitswissenschaftlicher Dialog*, hg. v. Andreas Heller/Doris Schaeffer/Elisabeth Seidl, Wien 1995, 70.

¹⁵ Zu dieser Thematik das lesenswerte Buch: *Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten*, hg. v. Andreas Heller, Freiburg 1994.