

Untersuchungen zur Sterberolle

Göckenjan, Gerd

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Göckenjan, G. (2008). Untersuchungen zur Sterberolle. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilbd. 1 u. 2* (S. 3479-3484). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-155632>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Untersuchungen zur Sterberolle

Gerd Göckenjan

Ich beschäftige mich mit der Palliativversorgung und werde vordringlich empirische Fragen besprechen: Also: Wie wird die Sterberolle zugewiesen? Wie verbindlich ist die Sterberolle? Ist die Sterberolle auf spezialisierte Institutionen beschränkt, auf Palliativstationen und Hospize?

Dabei wird sich nicht vermeiden lassen, einige Erörterungen allgemeiner Art einzuknüpfen, auch wenn hier vieles auf der Hand liegt. Gefragt werden könnte also: was ist eine Sterberolle? wofür ist eine Sterberolle gut, vielleicht notwendig? Wie ist sie erfunden bzw. ausdifferenziert worden?

Aufgrund unserer Untersuchung von Sterbeverläufen auf Palliativ- und Normalstationen der Krankenversorgung können wir sagen, dass die Sterberolle an die Palliativversorgung geknüpft ist (Göckenjan/Dreßke 2005). Eine Palliativversorgung in der keine Sterberolle zugewiesen wird, ist keine Palliativversorgung. Denn die Sterberolle ist erst mal das, was umgangssprachlich als Sterbebegleitung verstanden wird. Ein Einstellungs- und Verhaltensrepertoire, das kulturell und institutionell vorformuliert sein muss und heute ganz offensichtlich auch weit geteilt wird.

Dabei ist eine solche soziale Festlegung ja gut bekannt und als Tradition erinnert: dass Sterbende begleitet werden müssen, weil sie in einer besonderen sozialen Lage sind, dass diese besondere Lage Rechte und Pflichten nach sich zieht, dass vom Ende her Sterben als gut oder schlecht beurteilt werden kann und dass solche Wertungen und entsprechende Merkmale die Organisation des Sterbens vom Anfang an steuern.

Die moderne Krankenhausmedizin hat sich bekanntlich darauf spezialisiert, mit allen Mitteln Leben zu erhalten und alle Kenntnisenwicklung, Routinen und Vorkehrungen darauf eingestellt. Sie hat damit den Fall des Nichtgelingens ausgeschlossen und auf sich beruhen lassen. Wir sehen in unseren Diakonissen-Untersuchungen (Dreßke/Göckenjan 2007: 656ff.) wie die älteren, generalistischeren Momente der Krankenversorgung im Krankenhaus seit den 1950er Jahren ausschleichen: die Krankenversorgung als Lebensstil geht über in ein professionalistischeres Schichtsystem, die christlich orientierte Pflege wird zugunsten einer sachlich orientierten Funktionspflege verlassen, Beten-können wird selbst zu einer spezialistischen Leistung, selbst die katholische Kirche gibt das Sakrament der letzten Ölung auf.

Glaser und Strauss (1974) stellen in ihren Untersuchungen der Krankenverläufe als Arbeits- und Organisationsprozess in der amerikanischen Krankenhausversorgung der 1950er und 60er Jahren fest, dass keine Vorkehrungen für das Sterben getroffen sind. Die amerikanische Gesellschaft habe keine verbindliche, allgemeine Sterbevorstellung entwickelt. Sie finden Sterben institutionell konzeptionalisiert als eine »nicht geplante« Statuspassage. Sterben ist unerwünscht. Aufklärung über Krankheit und Sterbesituation unterbleibt, vor allem weil das Personal befürchtet, dass ihnen das Verfahren sonst entgleitet, und dass sie zusätzliche Belastungen zu ertragen haben werden. Es wird seit den 1970er Jahren angenommen, dass diese Analyse auch für Deutschland Gültigkeit hat.

Dennoch finden Glaser und Strauss Erwartungen an Sterbende, die sie als Anstandsregeln, als einen »angemessenen Sterbestil« beschreiben. Es handelt sich vor allem um die Forderung, »Fassung und Ausgeglichenheit« zu bewahren und mit Würde den Tod zu erwarten (ebd.: 82). Es handelt sich um Erwartungen, die sich auf die Patientenrolle beziehen, nicht um eine Sterberolle. Denn die Pointe dieser Erwartungen aus den 1950er und 60er Jahren ist, dass sie ziemlich genau den Anforderungen an »korrektes Verhalten« von Patienten überhaupt entsprechen. Kommt es zu Verstößen, etwa durch zu forderndes Verhalten, folgen Bestrafungen. Auch das dürfte für Deutschland zutreffen. Wir haben in unserem Material einen ähnlichen Einstellungstyp, der schlicht Vernachlässigung und Marginalisierung lästiger Patienten bedeutet – und Sterbende sind besonders lästig.

Natürlich lässt sich hier auch ein Sterbeideal erkennen: Es wäre eine Art diskretes, institutionalisiertes Sterben. Sterbende sollen die so sehr viel wichtigeren Aufgaben des Heilens, der medizinischen Sicherung von Zukunft und – vor allem – die immer sowieso schon empfindlich belastete Arbeitsfähigkeit des Personals nicht länger stören. Sterbende sollen so schnell wie möglich und mit geringstmöglichem Aufwand verschwinden. Das lässt sich auch mit unserem Material beschreiben: Sterbende werden verlegt, sediert, und man wartet einfach ab. Wenn man Glück hat, muss die nächste Schicht sich mit der Leiche beschäftigen. Und das scheint keine Probleme zu stellen, weil sich niemand für Sterben und Sterbende interessiert, jedenfalls nicht in diesem Institutionstyp. Das ist oft genug dargestellt worden.

Eine Sterberolle wird hier überall nicht zugewiesen. Die Sterberolle ist ein Gegenseitigkeitskonzept, das zumindest ein Minimum an kommunikativem Austausch fordert. Sterben muss akzeptiert sein, damit irgendwelche positiven Formalisierungen möglich sind. Warum aber sollte Sterben akzeptiert werden? Wieso besteht ein Interesse an Formalisierungen, an der Kontinuierung und Neuerfindung von Ritualen? Wieso findet sich Personal für die Palliativversorgung? Wieso ist das Personal dazu bereit, sich systematisch auf Sterbebegleitung einzulassen, jeden aufgenommenen Patienten zuerst in der Rolle des bald Sterbenden zu sehen, selbst wenn sie aktuell noch nicht »sterbend« sind?

Die Palliativversorgung sollte nicht von vorneherein als problemlose Realisierung von Humanitätsanforderungen angesehen werden. Sie ist voraussetzungsvoll und tatsächlich ist diese Inszenierung des Sterbens als Begleitung auch von Patientenseite nicht jedermanns Sache.

Zunächst lässt sich sagen, beinhaltet die Sterberolle weniger Sinndeutung und Sinngebung des Sterbens als Verfahrensfestlegungen. Das gute Sterben, das in der Palliativversorgung sichergestellt werden soll, bezieht sich in der Regel nicht auf einen elaborierten Wertekanon, vielmehr leitet ein gemäßigt bürgerlich-rationalistisches Weltbild und schlichte Abgrenzungen: Sterben nicht Verschweigen und Verdrängen, nicht alleine und unbegleitet Sterben, keine unnötigen Leiden ertragen müssen, soviel Lebensqualität wie möglich bis zum Ende, möglichst bewusstes Abschiednehmen vom Leben und der sozialen Umgebung.

Bewusstheit, sich bereit finden, Versöhntsein des guten Sterbens haben sicherlich Konnotationen älterer Sterbeideale, das ist aber hier nicht gemeint. Wichtig ist nicht eine bestimmte Sinnzuweisung, sondern diese funktionale Aufgabe des guten Sterbens: das Leben ordentlich zu verlassen. Die Perspektive ist ganz innerweltlich, auf die Zurückbleibenden, auf Lebensbilanzierung, auf letzte Konsum- und Erfahrungswünsche bezogen. »Erlösung« –wenn ich so reden darf – wird gesehen, wenn der Sterbende sich entspannt, »weich« wird, wie es heißt, wenn angenommen werden darf, dass er in sein Sterben eingewilligt hat. Typisch für dieses Milieu ist auch die häufige Rede davon, dass Sterbende »ihren eigenen Weg finden« müssen, denn das gute Sterben beinhaltet keinen vorgedachten und nachvollziehbaren Weg, erst recht kein bestimmtes Ziel.

Die Sterberolle, so wie sie institutionell mit der Aufnahme zugewiesen wird, ist definiert durch gravierende Restriktionen der medizinischen Potentiale, durch eine Selbstbeschränkung der Medizin einerseits, und durch umfangreiche kommunikative und psychosoziale Angebote andererseits, die allerdings je nach Station und Umstände unterschiedlich realisierbar sind. Sowohl das Fehlen des Kurationskomplexes mit seinen Dringlichkeits- und Hoffnungsrhetoriken, wie zugleich das ausgeprägte Zuwendungs- und Kommunikationsmilieu, wird allen aufgenommenen Patienten sehr schnell deutlich. Diese Verfahrensfestlegungen fordern Anpassung und wirken als Sozialisationsanforderungen.

Patienten adaptieren die Sterberolle nicht selten erst, wenn sie keine andere Wahl haben, wenn sich ihr körperlicher Zustand verschlechtert, wenn ihr Körper trotz aller Symptombehandlung zeigt, dass es zu Ende geht. Andere kooperieren bald mit der Palliativideologie und nutzen die Angebote des langsamen Abschiednehmens. In Einzelfällen verweigern Patienten – die nicht mehr entlassen werden können – aber auch ihre Sterberolle so konsequent, dass sie bis zu ihrem Tode behaupten, sie seien auf dem Wege der Besserung. Palliativstationen tragen selbst diese Verweigerung mit, haben aber am Ende das Problem, sich einzugestehen, dass

sie nicht dazu in der Lage waren, ein gutes Sterben zu begleiten. Solche Misserfolgs-erlebnisse wiegen auf Palliativstationen schwer. Sie belasten die Betroffenen, weil sie den Zweck ihrer Arbeit nicht erfüllt sehen, und das führt zu Umdeutungen des Ver-laufsprozesses.

Eine Standardumdeutung ist die Behauptung, alle Menschen würden ihren eigenen Tod sterben. Auch der Tod sei also so individuell, dass er nicht mit der eigentlich sehr flexiblen Sterbevorstellung begleitet werden kann. Auch diese Wen-dung unterstreicht, dass die in der Palliativversorgung institutionalisierte Sterberolle weder allgemein verbindlich ist, noch das erwartete gute Sterben in jedem Fall im Verfahren herbeigeführt werden kann.

Woher kommt die Sterbevorstellung, die die Sterberolle rechtfertigt? Offenbar nicht aus religiösen Kontexten, auch wenn heute Hospize häufig in kirchlicher Trägerschaft sind. Es geht eben nicht darum, geordnet in ein Jenseits zu kommen oder ein Seelenheil zu sichern. Ich denke, die hier offene inhaltliche Ausgestaltung der Sterbevorstellung und das säkulare, pragmatische Konzept des ordentlichen Verlassens des Lebens verweisen auf den Entstehungskontext der Palliativversor-gung selbst. Die Palliativversorgung ist als Kritik an der etablierten Medizin der 1960er Jahre entstanden, die als Apparatemedizin etikettiert wurde und die nicht in der Lage war, Patienten sterben zu lassen. Eine Medizin, die die Krankenhäuser als technische Hochleistungszentren verstanden wissen wollte und die einfachen Dinge wie Schmerz, Übelkeit, Wassereinlagerungen nicht behandeln konnte – oder nicht das Interesse dafür aufbrachte.

Die Palliativversorgung steht für Sterbendürfen und Sterbeerleichterung, und sie ist hier einfach ein Korrektiv oder Ausdifferenzierung des medizinischen Systems, Ergänzung auch ihrer gesellschaftlichen Verantwortung. Sie repräsentiert und ver-richtet eine gesellschaftlich notwendige Arbeit. Das »ordentlich aus dem Leben kommen« ist eine solidarische Leistung. Diese solidarische Leistung, wie sie in der Sterberolle formuliert ist, beinhaltet eine Reaktivierung oder Inszenierung des Sterbenden als soziales Wesen und ihre förmliche Verabschiedung aus der Gesell-schaft. Es wird erwartet und daran gearbeitet, dass soziale Rollen eingenommen werden, in der Regel familiale Rollen, und es werden Hilfen für Abschiedsrituale angeboten. Hier in der Palliativversorgung verschwindet niemand einfach so, hier wird für eine soziale Existenz ein soziales Ende hergestellt.

Die Arbeit daran, letzte Dinge zu erledigen und letzte Wünsche zu erfüllen, muss nicht romantisiert werden. Selten wird auf Stationen vor dem Sterben noch geheiratet oder muss die Zuständigkeit für kleine Kinder noch geregelt werden. Meist sind es einfache, kleine Angelegenheiten, die vereinbart und organisiert werden. Entscheidend ist, dass Patienten sich auf solche Wünsche und Perspektiven einlassen und damit mitarbeiten an der Ausgestaltung ihrer Rolle.

Palliativversorgung scheitert, wenn die Rollenzuschreibungen nicht aktiv aufgenommen wird, wenn die Sterbenähe verleugnet wird, Patienten nicht reden wollen, keine Wünsche äußern oder mit den üblichen Vorschlägen nichts anfangen können. Wir haben in unserem Material einen Türken, der durch fehlende Kooperation und unbeeirrbares strategisches Verhalten das Personal in die Nähe der Raserei bringt und das Programm – wahrscheinlich sogar gegen seinen eigenen Willen – scheitern lässt. Die Schwäche der Sterberolle besteht in der geringen Sanktionsmöglichkeit. Wenn nicht mehr entlassen werden kann, gibt es keine mehr – außer den Verweigerungen, wie sie in der Normalversorgung üblich sind. Wahrscheinlich kommen in solchen Fällen die Routinen der Normalversorgung wieder zum Vorschein, die ja die Primärsozialisation des gesamten Personals darstellt. Das haben wir noch nicht ganz genau untersucht.

Bei alle dem übernimmt die Station gesellschaftliche Verantwortung. Sie ist die Bühne und die Überwachungsinstanz für das gute Sterben. Die Last wird vom Personal übernommen im Bewusstsein der Verantwortung und dem Selbstbewusstsein, existentielle solidarische Leistungen zu erbringen. Es ist eine voll professionalisierte Arbeit, niemand stirbt mit den Sterbenden, aber es ist eine Arbeit mit dem unverstellbaren Blick auf die eigene Sterblichkeit. In dieser Funktion und mit diesem Blick ist die Station nicht ein beliebiger Ort in dem ein Mensch seinen Tod findet, wie etwa ein Pflegeheim oder eine Normalstation. Sie ist eine gesellschaftliche Gewährleistungsinstanz, vor der das »aus dem Leben treten« selbst einen sozialen Charakter bekommt.

Am besten ist das vielleicht an der Angehörigenarbeit zu sehen. Angehörige werden oftmals geradezu verpflichtet und genötigt an der Begleitung teilzunehmen. Sie werden in den Verlauf verwickelt, sie sollen Arbeiten zwischen Station und Patienten übernehmen und nicht zuletzt den sozialen Hintergrund der Sterbenden aktivieren. Sie werden angeleitet Bettwachen zu übernehmen, aber auch sich langsam von ihren sterbenden Partnern zu trennen. Fehlen Angehörige, übernimmt die Station solche familialen Aufgaben, bis hin zur Aufnahme der Verstorbenen in die Erinnerungsrituale.

Die Sterberolle also, wie wir sie kennen gelernt haben, ist eng an die Palliativversorgung gebunden – an Hospize und Palliativstationen, schon in der ambulanten Palliativversorgung wird vieles anders sein. Die Idee des guten Sterbens dagegen, wie sie hier praktiziert wird, hat sich weit verbreitet. Auf allen untersuchten Normalstationen haben wir Liebhaber dieser Idee gefunden, aber kaum einzelne palliative Praktiken und keine Sterberolle. Es ist kein Wunder, denn die Sterberolle hat institutionelle Voraussetzungen, die nur spezialistische Einrichtungen gewährleisten können.

Literatur

- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm (1974/1965), *Interaktion mit Sterbenden*, Göttingen.
- Dreßke, Stefan/Göckenjan, Gerd (2007), »Kasseler Diakonissen – soziale Arbeit und Krankenpflege in der 2. Hälfte des 20. Jh.«, in: Jürgen Krauß u.a. (Hg.), *Soziale Arbeit zwischen Ökonomisierung und Selbstbestimmung*, Kassel, S. 637–678.
- Göckenjan, Gerd/Dreßke, Stefan (2005), »Sterben in der Palliativversorgung. Bedeutung und Chancen finaler Aushandlung«, in: Hubert Knoblauch/Arnold Zingerle (Hg.), *Thanatosozologie*, Berlin, S. 147–167.