

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

### WO STERBEN DIE MENSCHEN?

**Sterbe-Ort und Alter, Geschlecht, Zivilstand, sozio-ökonomischer Status, Wohnort, Erkrankung, Todes-Ursache, Angehörigen-Meinung u. a.**

Wir müssen alle einmal sterben, aber wann, wie, wo? Das sind bedeutungsvolle Fragen, von denen *wann* und *wie* am wenigsten beeinflusst und vorhergesagt werden können. Anders das *wo*, der Sterbe-Ort – so meint man? In Wirklichkeit ist auch das von vielen Faktoren abhängig, die zuvor schwer festzulegen sind. Vor allem klaffen hier Wunsch und Wirklichkeit auseinander, wie immer wieder beklagt wird. Zuhause, in ihrem vertrauten Umfeld, wollen nachvollziehbarerweise fast alle sterben. Doch für die meisten endet das Leben im Krankenhaus, wahrhaftig kein Ort der Ruhe, Besinnlichkeit, des versöhnlichen Abschlusses, fachlich auch als Institutionalisierung oder Hospitalisierung von Sterben und Tod bezeichnet.

Diese negative Sichtweise bedarf allerdings einer wissenschaftlich exakten Abklärung und vor allem wert-freien Diskussion. Und die muss die Aspekte Alter, Geschlecht, Zivilstand, sozio-ökonomischer Status, Wohnort, Erkrankung, Todes-Ursache sowie Angehörigen-Meinung und ihre Möglichkeiten und Grenzen des Leistbaren berücksichtigen. Deshalb eine soziologische Übersicht zu statistischen Fragen (regional und national), zu Ursachen, Hintergründen, notwendigen Voraussetzungen und gegebenen Möglichkeiten (auch was die medizinischen Vorteile einer Krankenhaus-Behandlung anbelangt, man denke nur an Schmerzen, Atemnot u. a.). Und eine Schlussfolgerung, die das gängige Meinungsbild der nachprüfbaren empirischen Realität gegenüber stellt.

#### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Sterben – Sterbe-Ort – Sterbe-Zeit – Sterbe-Bedingungen – Sterben im Krankenhaus – Sterben zu Hause – Sterben im Altenheim – Sterben im Pflegeheim – Institutionalisierung des Sterbens – Hospitalisierung des Sterbens – Belastbarkeit der Angehörigen – Pflege-Voraussetzungen – Statistik des Sterbe-Orts – regionale Unterschiede des Sterbe-Orts – nationale Unterschiede des Sterbe-

Orts – Erkrankung und Sterbe-Ort – Todesursache und Sterbe-Ort – Alter und Sterbe-Ort – Geschlecht und Sterbe-Ort – Zivilstand und Sterbe-Ort – sozio-ökonomischer Status und Sterbe-Ort – Wohnort und Sterbe-Ort – Patienten-Verfügung und Sterbe-Ort – individuelle Faktoren und Sterbe-Ort – Angehörigen-Motivation und Sterbe-Ort – Palliativ-Versorgung und Sterbe-Ort – Hospiz-Angebot und Sterbe-Ort – u.a.m.

Sterben müssen wir alle. Da gibt es keine Diskussion. Drei Fragen sind es jedoch, die offen bleiben – müssen: wann – wie – wo?

Die Frage: *wann?* beschäftigt den jungen Menschen nie. Im mittleren Alter kaum, es sei denn, es belastet eine folgenreiche Krankheit. Im höheren Lebensalter sollte sie zwar wieder bedeutsam werden, tritt aber sonderbarerweise hinter den beiden anderen Fragen etwas zurück. Offenbar hat man ja nun schon den größeren Teil „geschafft“. Jetzt wäre es auch schön, man dürfte einen gnadenvollen Tod in vertrauter Umgebung entgegen sehen.

Durchgehend belastend, mit zunehmendem Alter immer deutlicher, bleibt die Unsicherheit bei der Frage „*wie*“. Das kann schon beunruhigen, auch wenn die moderne Medizin sehr wohl effektive Hilfen bereithält, von denen unsere Vorfahren nicht zu träumen wagten. Also wenn, dann doch bitte ein kurzer Tod, möglichst schmerzlos und ohne Atemnot, was besonders jene anfügen, die in ihrem Umfeld schon entsprechende Erfahrungen machen mussten.

Was also bleibt, ist die letzte Frage, nämlich „*wo*“. Auch da gibt es keine großen Unterschiede. Wenn irgend möglich, bitte in vertrauter Umgebung, und das ist meist zu Hause. Selbst diejenigen, die kein vertrautes Zuhause haben dürfen, haben dann letztlich doch eine konzise Meinung vom letzten Ort, dem letzten Raum, dem letzten Bett. Kurz nochmals: zu Hause.

Wie aber sieht die Realität aus? Wo sterben die Menschen heutzutage wirklich? Sind Wunsch und Wirklichkeit deckungsgleich – oder wieder einmal nicht? Zu diesem Thema gab es in letzter Zeit verschiedene Untersuchungen, wissenschaftliche Publikationen und allgemein verständliche Artikel, ergänzt durch Rundfunk und Fernsehen. Doch vieles ist im Fluss, wird heute einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt und hat sich in Wirklichkeit schon wieder geändert. Nachfolgend deshalb eine aktuelle Zusammenstellung des Diplom-Soziologen Dr. N. R. Jakoby vom Soziologischen Institut der Universität Zürich in Zusammenarbeit mit Dr. M. Thönnies unter dem Titel *Wo sterben Menschen? Zur Frage des Sterbens in Institutionen* in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 5 (2011) 336.

## **Rückblick und Übersicht zu einem alten Disput**

Früher starben die Menschen in der Tat zu Hause. Das hatte aber nicht nur Vorteile, man kann es sich denken. Schließlich ist der Tod das Ende eines

Menschenlebens und – mit Ausnahme akuter Situationen wie beispielsweise ein Unfall – mit doch nicht seltenen Belastungen verbunden, vor allem körperlicher Natur und nachvollziehbarerweise seelischen Konsequenzen. Da war es nicht falsch, wenn man auf eine Institution zurückgreifen konnte, die einen aus dieser lebens-gefährlichen Situation wieder herausholen oder zumindest dann das Sterben erleichtern konnte. Und das ist und bleibt das Krankenhaus, was notwendigerweise auch immer mehr genutzt wurde.

Nun ist ein Krankenhaus kein Ort der Ruhe und Besinnlichkeit, das wäre auch zuviel verlangt, selbst wenn es der Genesung durchaus förderlich ist. Jeder, der schon einmal als Patient in einem Krankenhaus war, zumindest aber als Besucher die dortige Atmosphäre miterleben musste, von den Ärzten, Schwestern, Pflegern und allen sonstigen helfenden Kräften ganz zu schweigen, weiß, wie es dort zugeht, zugehen *muss*, will man allen Anforderungen gerecht werden. Dass man sich hier etwas Leichteres vorzustellen vermag, steht nicht zur Diskussion. Wer sich hier beklagt, und das sind nicht wenige, oft auch mit Recht, sollte jedoch auch einmal einen solchen stress-reichen Tagesablauf aktiv mitmachen – und konkrete Vorschläge bringen, die auch umsetzbar sind (nicht zuletzt auf Kosten-Ebene). Kurz: Das Sterben im Krankenhaus war und ist in der Regel, so meint man zu wissen, wenig würdevoll, zumindest aber für alle Beteiligten halbwegs erträglich.

Als Alternativen aber gibt es neben dem Alten- oder Pflegeheim nur noch das Sterben zu Hause. Wie sieht das nun die dafür zuständige Wissenschaft in trockenen Zahlen bzw. Worten?

### **Institutionalisierung oder Hospitalisierung**

Im Allgemeinen gilt die These, dass der Sterbe-Verlauf und die am Sterbe-Prozess beteiligten Menschen in den vergangenen sechzig Jahren von der persönlichen Privatheit des Zuhauses in die professionelle Abgeschiedenheit von Krankenhäusern oder Pflegeheimen verlagert wurden, so beginnen die Experten ihren wissenschaftlichen Beitrag. Tatsächlich erreichte die Anzahl Sterbender im Krankenhaus in den 1980-er Jahren einen Höchststand. Sie nimmt aber bis heute wieder ab, wobei aber nicht das Zuhause, sondern die Verlagerung des Sterbens in das besagte Alten- und Pflegeheim ansteht. Damit bleiben Sterben und Tod noch immer institutionalisiert, wie man das bezeichnet (Fachbegriffe: Institutionalisierung oder Hospitalisierung).

Allerdings - so die Autoren - kann man nicht von einer zunehmenden Institutionalisierung des Sterbens ausgehen, auch wenn nur wenige amtliche und damit repräsentative Sterbeort-Statistiken verfügbar sind.

Wird nun das Sterben in Institutionen grundsätzlich negativ bewertet? So müsste man meinen, denn schon allein die Bezeichnung „institutionalisiertes Sterben“ verheißt wenig gutes, ist doch fast ein bedeutungs-gleicher Begriff für

Vereinsamung, Isolation und Hilflosigkeit, und zwar nicht nur für den Sterbenden, auch für sein Umfeld: Das Krankenhaus als „Ort des einsamen Todes“, und dies noch durch eine möglicherweise verlängerte Sterbe-Phase durch die medikamentösen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten, die uns heute zur Verfügung stehen.

Das muss man allerdings - wissenschaftlich gesehen - kritisch sehen. Dieses Themenfeld ist nämlich noch weitgehend unerforscht, weshalb man nicht einfach von einem „guten“ oder „schlechten“ Sterbe-Ort generell sprechen kann. Dafür fehlen nicht nur empirische Untersuchungsbefunde, es liegen noch nicht einmal fest definierte kennzeichnende Merkmale (Kriterien) vor.

### **Tabuisierung oder Bewusstwerdung des Sterbens?**

Schließlich diskutieren auch die Experten einen Aspekt, der in der Allgemeinheit nur selten offen angesprochen wird, nämlich: Ist das Sterben in Institutionen ein Beleg für die gesellschaftliche Verdrängung des Sterbens? Oder könnte das Sterben in Krankenhäusern, aber auch Alten- oder Pflegeheimen zu einer gesellschaftlichen Öffnung für dieses Thema führen, dass das frühere Verdrängen und Tabuisieren des Todes ersetzt? Denn der Umgang mit Sterbenden wird in einer öffentlichen Institution einer größeren Anzahl von Menschen sichtbar als der Tod in privaten Räumen.

Außerdem entstehen ja auch mit Hospizen oder den Palliativ-Pflegestationen neue Formen der Institutionalisierung des Sterbens, die zunehmend akzeptiert, ja begrüßt und damit genutzt werden, zumal sie sich auch für eine Bewusstwerdung des Sterbens in der Gesellschaft einsetzen.

Und schließlich die Frage: Ist das Sterben zu Hause für alle gleichermaßen möglich? Oder müssen überhaupt erst strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden, um das Sterben am gewünschten Ort realisieren zu können?

### **Vor- und Nachteile des jeweiligen Sterbe-Orts**

Hier stellt sich nämlich auch die Frage: Welche Chancen, Belastungen und strukturellen Voraussetzungen sind mit diesem Sterbe-Ort verbunden? Deshalb einige zu klärende Punkte der Experten. Beispiele:

Ein Sterben zu Hause ermöglicht eine bessere Kontrolle des humanen Sterbens, konkret: mehr Nähe und Gesprächs-Möglichkeit mit den Angehörigen in den letzten Tagen und Stunden. Damit ist auch die Hoffnung verbunden, als Sterbender oder Nahestehender das Sterben aktiver beeinflussen und medizinische Maßnahmen besser kontrollieren zu können.

Doch Grundvoraussetzungen für ein Sterben zu Hause sind auch die emotionale (gemütsmäßige) und physische (körperliche) Belastbarkeit der Angehörigen. Außerdem die ambulante palliative Betreuung sowie die räumlichen und technischen Voraussetzungen der Pflege. Auch muss den Betroffenen die notwendige Zeit zur Verfügung stehen, um Chancen und Risiken des jeweiligen Sterbe-Ortes reflektieren und abwägen zu können, wie die Autoren M. Thönnies und N. R. Jakoby den derzeitigen Forschungsstand zusammenfassen.

Denn oft lassen Krankheit und Sterbeverlauf keine Entscheidung mehr zu. Damit wird das Sterben im Krankenhaus allein aus medizinischen Gründen die einzige Alternative. Eine Entscheidung für das Krankenhaus geht auch auf den Wunsch nach fachlicher Betreuung zurück. Und – das ist so selten nicht – auf den Wunsch des Sterbenden, für die Familie keine Belastung zu sein, spricht: angemessene Symptom-Kontrolle, das Gefühl von Sicherheit und/oder die Notwendigkeit, die Angehörigen zu entlasten.

Wie sieht es nun mit dem aktuellen Forschungsstand aus. Dazu die Übersicht aus dem Soziologischen Institut der Universität Zürich:

### **Aktueller Forschungsstand**

Zu Hause zu sterben wünschen sich 80 bis 90% der Menschen. Tatsächlich sagt die Statistik aber etwas anderes: Zu Hause sterben in der Regel nur 20 bis 30%. So die früheren Erkenntnisse, die auch durch neuere Studien bestätigt werden.

Trotzdem unterscheiden sich die Angaben je nach Länder-Vergleich. Beispiele: Das Krankenhaus als Sterbe-Ort in der deutschsprachigen Schweiz: 37,2%, in Dänemark: 39,8%, in Belgien: 63%.

Mit anderen Worten: Das Sterben im Krankenhaus entwickelte sich in den vergangenen Jahrzehnten je nach Nation unterschiedlich. Dabei gibt es Zu- und Abnahmen. In der deutschsprachigen Schweiz ging es von früher 56% auf die erwähnten 37% zurück. In England und Wales stieg es in den vergangenen Jahrzehnten von 54 auf 74% in den 70-er Jahren des 20. Jahrhunderts, fiel dazwischen wieder deutlich ab und kommt heute auf rund 63%.

Außerdem ist die schon angedeutete Verlagerung des Sterbe-Orts vom Krankenhaus in das Alten-/Pflegeheim festzustellen. Damit ist natürlich der Grad der Institutionalisierung letztlich gleich geblieben. Doch auch hier variieren und unterscheiden sich die jeweiligen Statistiken je nach Region oder Nation miteinander ganz erheblich.

Eines aber scheint sich doch abzuzeichnen: Die Zahl derer, die in Alten- und Pflegeheimen sterben nimmt überall gleichermaßen zu. In der deutschspr-

chigen Schweiz beispielsweise verdoppelte sich die Zahl von 1986 bis 2001 auf 33,5%.

### **Zuhause mit regionalen Unterschieden**

Wie oben dargestellt sterben etwa ein Fünftel aller Menschen in unseren Regionen zu Hause. Es gibt jedoch Ausnahmen, aus welchem Grund auch immer. Beispiele: In Rheinland-Pfalz sind es 40% (1995), in Jena 34% (2003/2004). In Brüssel dagegen wieder eher weniger (15%).

Das hat nicht zuletzt mit den Hospizen und der Möglichkeit palliativer Begleitung zu tun. Von den 2008 Verstorbenen 827.155 Deutschen wurden 5,5% hospizlich oder palliativ begleitet. Damit stieg in den vergangenen zwölf Jahren der Anteil ambulanter Hospizdienste in Deutschland um ein Vierfaches kontinuierlich an. Stationäre Hospize verdoppelten ihre Anzahl allein zwischen den Jahren 2000 und 2001 von 62 auf 123 Stationen, Tendenz steigend.

### **Sterbe-Ort und Erkrankung bzw. Todesursache**

Die Frage nach dem Sterbe-Ort wird aber nicht nur durch medizinische, strukturelle, soziodemographische und individuelle Aspekte bestimmt, es gibt auch soziologische Gesichtspunkte. Und die scheinen auf soziale Ungleichheiten zu verweisen. Im Einzelnen:

- Einer der wichtigsten medizinischen Bestimmungs-Faktoren des Sterbe-Ortes ist die Erkrankung bzw. Todesursache:
- Im Krankenhaus sterben häufiger jene Menschen, die erst zwei bis drei Monate vorher erkrankten, als jene, die länger als zwei Jahre erkrankt waren.
- Als häufigste Erkrankungen, die zum Tod im Krankenhaus führen, werden Krebs, Schlaganfall und Krankheiten der Atmungsorgane genannt.
- Bei den Karzinom-Arten scheint es - je nach Statistik - unterschiedliche Schwerpunkte zu geben. Beispiele: Im Krankenhaus vor allem Blasen-, Prostata-, Magen- und Mamma-Karzinome. Außerdem hämatologische und lymphatische Erkrankungen.
- Zu Hause sterben allgemein häufiger Menschen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, an Parkinson u. a. Doch auch hier finden sich nicht selten Krebs-Erkrankungen, vor allem das Prostata-Karzinom bei Männern und das Mamma-Karzinom bei Frauen.
- Schließlich findet sich das Sterben im Krankenhaus auch gehäuft bei jenen Patienten beiderlei Geschlechts, in deren Krankheitsverlauf unvorhergesehene

Ereignisse auftreten oder solche, die sich dort aufhalten, um einen frei werdenden Pflegeplatz abzuwarten. Das Gleiche gilt für den Wunsch nach weiteren therapeutischen Maßnahmen.

- Was das entsprechende strukturelle Angebot anbelangt, so gibt es auch hier widersprüchliche Statistiken: Zum einen liegt die Erkenntnis nahe: Je mehr Krankenhaus- oder Altenheim-Betten in der Nähe des Wohnortes zur Verfügung stehen, desto eher werden sie auch genutzt. Ist die Bettenzahl hingegen gering, steigt die Wahrscheinlichkeit, in einer Privatwohnung zu sterben. Das leuchtet ein, ist aber nicht in jeder Statistik erkennbar. Hier müssen offenbar noch weitere Aspekte hereinspielen. Was könnte es außer dem Betten-Angebot sein?

### **Alter – Geschlecht – Zivilstand – sozio-ökonomischer Status**

Vor rund 30 Jahren stellte man in London fest, dass in Krankenhäusern hauptsächlich Unverheiratete, Frauen, unter 45-Jährige und Kinderlose starben. Das hat sich inzwischen geändert. Heute findet man ein differenzierteres Bild der so genannten sozio-demographischen Determinanten von Sterbe-Ort, Alter, Geschlecht, Familienstand und sozialer Schicht. Dazu einige Beispiele, die natürlich wiederum nicht verallgemeinert werden dürfen, dazu ist offenbar das Phänomen zu komplex:

- So stellte man beispielsweise einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen dem *Alter* und der Verteilung der jeweiligen Sterbe-Orte fest: Nimmt das Sterbe-Alter zu, so steigt der Anteil der Todesfälle im Altenheim, während der des Krankenhauses zurückgeht. Das Sterben zu Hause variiert dagegen nur geringfügig ab der Alters-Gruppe der über 59-Jährigen und zeigt keine einheitliche Tendenz.

- Auch das *Geschlecht* ist an den jeweiligen Sterbe-Orten unterschiedlich vertreten. Beispiele: So sterben Frauen häufiger als Männer in Altenheimen (19,5:8,1%), wohingegen Männer öfter als Frauen in Krankenhäusern (47,2:40%) oder zu Hause sterben (41,8:38,7%). Hier spielt ganz offensichtlich die Lebenserwartung eine Rolle, da Frauen noch immer fünf bis sechs Jahre älter werden.

- Den größten Einfluss hat aber offenbar der *Familienstand*: Betrachtet man den Zivilstand Sterbender im Altenheim, so sind Ledige am häufigsten beteiligt (27%), gefolgt von verwitweten und geschiedenen (19,6 bzw. 19,2%) und am seltensten verheirateten Personen (lediglich 5%).

- Im Krankenhaus ist der hohe Anteil von Verheirateten (49,1%) und der niedrige von Verwitweten (38,3%) unter den hier verstorbenen Personen besonders auffällig, geben die Experten zu bedenken.

- Auch in einer Privatwohnung sterben Verheiratete (43,1%) häufiger als Geschiedene (34,4%) und Ledige (28,2%).
- Darüber hinaus zeigt sich eine Wechselwirkung zwischen *Familienstand und Geschlecht*. So sterben ledige Männer vergleichsweise häufiger in Krankenhäusern (56%) und weniger oft in Privatwohnungen (26,7%). Hingegen verlagert sich der Sterbe-Ort bei den ledigen Frauen vom Krankenhaus (38%) auf das Altenheim (31,9%).
- Dieser Zusammenhang zeigt sich auch bei Verwitweten: Verwitwete Frauen sterben weniger oft im Krankenhaus als Männer (37,1 : 42,3%), dafür häufiger im Altenheim (20,7 : 15,7%).
- Was den *sozioökonomischen Status* anbelangt, so gibt es dazu keine ausreichend fundierten Erhebungen, was Sterbe-Ort, Einkommen und Bildungsniveau anbelangt (mit Ausnahmen, beispielsweise Krebskranke mit geringerem sozio-ökonomischem Status eher im Krankenhaus).
- Dagegen hat der *Wohnort* bzw. der so genannte Urbanisierungs-Grad („Verstädterung“) einen häufig bestätigten Einfluss auf den Sterbe-Ort: So steigt die Wahrscheinlichkeit in einem Krankenhaus zu sterben in urbanisierten Regionen gegenüber den ländlichen Regionen an. Dafür sterben mehr Menschen auf dem Lande zu Hause; das Altenheim als Sterbe-Ort ist in ländlichen Regionen selten.
- Schließlich muss noch auf eine bedeutsame Frage eingegangen werden, nämlich die *Patienten-Verfügung*: Und wie zu erwarten, wünschen Patienten beiderlei Geschlechts mit einer solchen Verfügung deutlich häufiger an dem von ihnen gewünschten Ort zu versterben. Damit stellt die Patienten-Verfügung eine wichtige Kommunikations-Hilfe dar, was die gewünschten Sterbe-Umstände und den Sterbe-Ort anbelangt.

## Schlussfolgerung

Was geht nun aus diesen Erkenntnissen alltags-relevant hervor? Es gibt „Meinungsbildner“, die verweisen auf die so genannte „Institutionalisierung des Sterbens“ in modernen Gesellschaften und beklagen den damit verbundenen Verlust eines „idealen Sterbens“ in der Familie. Oder kurz: der Klinik-Tod als „einsamer Tod“.

Das entspricht aber offenbar nicht der empirischen Realität und stellt eine eher einseitige Interpretation des Sterbens in unserer Gesellschaft dar, so die Experten des Soziologischen Instituts der Universität Zürich.

So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass viele Sterbende erst in der letzten Phase in ein Krankenhaus gebracht wurden und zuvor lange und in-

tensiv von ihren Angehörigen betreut werden konnten. Außerdem ergibt sich immer wieder das gleiche Phänomen, nämlich dass Sterben im Krankenhaus oft auf medizinische Gründe im finalen Stadium zurückzuführen ist. Das beruht aber eher auf dem Mangel an Palliativ-Netzwerken in häuslicher Umgebung und nicht auf einer fehlenden Bereitschaft der Angehörigen zur Pflege der Sterbenden. Warum allerdings trotz allem die Bereitschaft der Familie zur Betreuung Sterbender gegenüber früheren Zeiten gesunken ist, bleibt letztlich ungeklärt.

Trotz allem: Die relativ hohen Prozentwerte von 20 bis 30% der zu Hause sterbenden Personen, und dies über Jahre hinweg stabil bleibend, relativieren die These der Institutionalisierung des Sterbens. Das Sterben in Institutionen erweist sich damit nicht ausschließlich als „Normalfall“ unserer Gesellschaft. „Institutionalisierung“ ist auch nicht mit *Hospitalisierung* gleichzusetzen. Dies vor allem deshalb, weil es Anzeichen für eine Verlagerung des Sterbens von Krankenhäusern in die Alten- und Pflegeheime gibt, so die Soziologen.

Auch die kultur-pessimistische Feststellung, die von einer „Aussonderung der Sterbenden aus der Gemeinschaft der Lebenden spricht, was u. a. auf die Zunahme der Berufstätigkeit und die gesellschaftliche Emanzipation der Frau zurückgeführt wird, muss kritisch hinterfragt werden. Auch von einer „Erosion der Familie“, die ihre Sterbenden in die Kliniken schickt, weil sie keine Zeit hat, sich die Betreuung nicht zutraut oder weil angeblich keine Familie mehr vorhanden ist, kann ebenfalls nicht die Rede sein“, wie Dr. M. Thönnies und Dr. N. R. Jakoby ihre wissenschaftlichen Erkenntnisse und das Meinungsbild der meisten Experten zusammenfassen.

Denn der Forschungsstand verdeutlicht, dass Sterbe-Orte nicht zufällig verteilt sind, sondern soziale Regelmäßigkeiten aufweisen. Das bezieht sich soziodemographisch beispielsweise auf den Urbanisierungs-Grad, das Geschlecht und den Familienstand des Verstorbenen.

So ist der *Sterbe-Ort Zuhause*“ an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Beispiele:

- Individuelle Faktoren wie Motivation der Angehörigen durch Verpflichtungen oder emotionale Bindung,
- soziale Aspekte wie Familienstand, Geschlecht sowie
- institutionelle und strukturelle Rahmenbedingungen wie beispielsweise ambulante Palliativ-Versorgung.

In diesem Zusammenhang stellen Patienten-Verfügungen vielversprechende Instrumente dar, den Sterbe-Ort und Sterbe-Verlauf zu beeinflussen. Auch darf man bei aller Kritik nicht die emotionalen Belastungen der pflegenden Angehörigen relativieren oder gar unterschlagen, ein nicht zu vernachlässigender

Aspekt in der Diskussion über Sterbe-Orte – und die damit verbundenen psychosozialen Konsequenzen, so die Experten M. Thönnies und M. R. Jakoby vom Soziologischen Institut der Universität Zürich.

## LITERATUR

Forschungsgebiet mit wachsender alltags-relevanter Bedeutung auf verschiedenen Ebenen. Nachfolgend eine Auswahl deutschsprachiger Fachbücher zum Thema aus dem Literatur-Angebot der Autoren:

*Ariès, P.:* **Geschichte des Todes.** dtv, München 2005

*Dreßel, G. u. Mitarb.:* **Sterben und Tod in Thüringen.** Friedrich-Schiller-Universität, Jena 2001

*Elias, N.:* **Über die Einsamkeit des Sterbenden in unseren Tagen.** Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 2002

*Feldmann, K.:* **Tod und Gesellschaft. Eine soziologische Betrachtung von Sterben und Tod.** Lang-Verlag, Frankfurt 1990

*Feldmann, K.:* **Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick.** VS-Verlag, Wiesbaden 2004

*Gronemeyer, R.:* **Hospiz, Hospizbewegung und Palliative Care in Europa.** In: H. Knoblauch, A. Zingerle (Hrsg.): **Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und Institutionalisierung des Sterbens.** Verlag Duncker & Humblot, Berlin 2005

*Gronemeyer, R.:* **Sterben in Deutschland.** Fischer-Verlag, Frankfurt 2007

*Knoblauch, H., A. Zingerle (Hrsg.):* **Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und Institutionalisierung des Sterbens.** Verlag Duncker & Humblot, Berlin 2005

*Nassehi, A., G. Weber:* **Tod, Modernität und Gesellschaft.** Westdeutscher Verlag, Opladen 1989

*Schiefer, F.:* **Die vielen Tode.** LIT-Verlag, Münster 2007

*Schmied, G.:* **Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft.** Verlag Leske + Budrich, Opladen 1985

*Streckeisen, U.:* **Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie.** Verlag Leske + Budrich, Opladen 2001

*Wittkowski, J., C. Schröder: **Betreuung am Lebensende: Strukturierung des Merkmalsbereichs und ausgewählte empirische Befunde.** In: J. Wittkowski, C. Schröder (Hrsg.): Angemessene Betreuung am Ende des Lebens. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2008*

*Wittkowski, J., C. Schröder (Hrsg.): **Angemessene Betreuung am Ende des Lebens.** Verlag van den Hoeck & Ruprecht, Göttingen 2008*