

ker Bemühungen in der Umsetzung des Konzepts ganzheitlicher Palliativpflege immer noch weitgehend «unorganisiert». [...] Diese Entwicklungen verdeutlichen: Stationäre Pflegeeinrichtungen sind Sterbeorte geworden.»¹⁴

Sterbeorte als Lebenswelten

Wenn wir Sterberäume als Lebensräume am Lebensende verstehen, lässt sich darin dem Bedürfnis, «zu Hause sterben zu wollen», insofern Rechnung tragen, als dass die institutionellen Einrichtungen am Lebensende als integrale Bestandteile des lebensweltlichen Wohnkontextes zu denken sind. Wenn Sterberäume die Wohnräume der letzten Lebensphase sind und als solche belebt werden, indem sich darin die Möglichkeit des Einrichtens, im Sinne des Sichorientierens und der Konstitution des eigenen Verhältnisses zur Welt ergibt, so schließen sie damit neben dem Beherbergen ihrer Bewohner gleichermaßen deren Angehörige sowie das Team der Einrichtung mit ein. Der Architektur kommt in diesem Verständnis eine zentrale Rolle zu: Sie gibt unserer Lebenswelt Konturen, definiert bestimmte Räume und Strukturen, umfriedet als räumliche Fassung die Prozesse unseres täglichen Lebens. Dabei lässt sich differenzieren in Prozesse, welche in der Architektur erkennbar werden oder jenen, die bewusst ins Verborgene überführt werden. Damit strukturiert und prägt sie, was wir als Teil unserer Lebenswelt erleben und was wir davon ausgrenzen.

Das gilt ebenso für Sterbeorte und Totenstätten, wie es für unsere Lebenswelt gilt. Standen sich in der Antike Metropole und Nekropole als ebenbürtige städtische und räumliche Strukturen gegenüber, so unterscheiden wir heute zwischen Stadt und Friedhof und sprechen den Toten damit ihre Räumlichkeit ab, stellen ihnen einen bewetterten Hof oder Landschaftsraum zur Verfügung. Mit der Entwicklung von in den Stadtkörper integrierten Krankenhäusern hin zu übergeordneten, großmaßstäblichen medizinischen Versorgungszentren sind auch die medizinischen Einrichtungen und mit ihnen die Kranken aus den Städten an deren Ränder verlegt.¹⁵ Wollen wir die kranken, hochaltrigen oder gebrechlichen Menschen in die Gesellschaft integrieren, müssen wir ihnen darin wörtlich Raum geben. Gleiches gilt für die Sterbenden und die Toten.

Damit Sterben und Tod in der Gesellschaft und im Diskurs verankert werden können, bedürfen sie eines angestammten Platzes – inhaltlich ebenso wie in den baulichen Strukturen. Das Nachdenken über Sterbeorte geht zwangsläufig mit der Frage nach der Verortung des Sterbens einher. Nimmt man die vorstehende prozentuale Verteilung von Sterbeorten in Deutschland ernst, so wird daran ein hohes Maß an Unsichtbarkeit deutlich: Wenn etwa die Hälfte der Menschen im Krankenhaus sterben, bedeutet das ein Sterben weitgehend im Verborgenen sowie entgegen der vorherrschenden Orientierung am Lebenserhalt, welche im kurativ-medizinischen Kontext dominiert. Für rund ein Viertel der Sterbenden bedeutet die letzte Lebensphase zahlreiche Verluste und Veränderungen: Aufgrund gesundheits- oder altersbedingter Gebrechlichkeit geben sie ihr privaträumliches Wohnumfeld auf und ziehen in Alten- und Pflegeheime. Am neuen Ort richten sie sich in begrenzten Räumlichkeiten mit

¹⁴ Sauer, Peter | Xyländer, Margret: 2019, S. 8.

¹⁵ Vgl. hierz Murken, Axel Hinrich: 1995.

reduzierten Möglichkeiten für einen befristeten Zeitraum ein, dessen Ende zumeist der Tod markiert. Die unterschiedlichen Verortungen der letzten Lebensphase und des Sterbens führen zu verschiedenen Sichtweisen auf Sterben und Tod und haben diesbezügliche unterschiedliche Herangehensweisen zur Folge. Besonders hervorzuheben ist, dass das Sterben an diesen verschiedenen Orten extrem unterschiedlich thematisiert und bewältigt wird, wobei das Spektrum von der Tabuisierung bis hin zur expliziten Thematisierung reicht. Für mehr als ein Viertel der Sterbenden erfüllt sich der Wunsch, zu Hause zu sterben. Hier bieten ambulante Hospiz- und Palliativdienste die Möglichkeit, dass das gewünschte Sterben im eigenen privaträumlichen Wohnumfeld auch im Fall der Notwendigkeit einer spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung möglich wird. Nur etwa ein bis zwei Prozent der Sterbenden verbringen die letzten Tage, Wochen oder Monate ihres Lebens in Palliativ- oder Hospizeinrichtungen. Neben den Menschen, die zu Hause von Angehörigen oder Teams der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung unterstützt werden, sind es nur diese wenigen Menschen, denen eine aktive Auseinandersetzung mit dem Sterben und seiner Gestaltung im Kontext von Hospiz oder Palliativstation zuteil wird. Diese Dienste haben insbesondere im Hinblick auf ihre Einbindung das besondere Potenzial, unterstützend und ergänzend in der ansonsten oft wenig artikulierten Sterbebegleitung mitzuwirken, da hier zumeist keine angemessene Gestaltung des Sterbens möglich ist. Zumeist handelt es sich bei Alten- und Pflegeheimen – entgegen des hohen gesellschaftlichen Anteils der dort Versterbenden – um «Einrichtungen, die [...] rehabilitativ auf aktivierende Pflege und nicht auf das Gelingen einer würdevollen Sterbebegleitung ausgerichtet waren».¹⁶ Aus der Unklarheit des Umgangs mit Sterbenden in Alten- und Pflegeheimen ergeben sich zusätzliche Unsicherheiten, die Angehörigen und Betroffenen den Schritt des Einzugs in diese Einrichtungen maßgeblich erschwert; demnach ist «subjektiv empfundenes ‹gutes› Sterben in Organisationen auch deshalb schwer umsetzbar [...], weil zu den Problemen des Zeit-, Personal- und Erfahrungsmangels nur selten nicht-medizinisch-therapeutische Kooperationen mit Unterstützungs- und Hilfsdiensten eingegangen werden», sodass es hier an Thematisierung des Sterbens und einer angemessenen Sterbebegleitung mangelt – mit negativen Folgen für Betroffene, Zugehörige und Personal.¹⁷

16 Weihrauch, Birgit, in: George, Wolfgang (Hrsg.): 2014, S. 44.

17 Sauer, Peter | Xyländer, Margret: 2019, S. 9.