

Ambivalenzen und Herausforderungen

Entgegen des von den meisten Menschen gehegten Wunsches, zu Hause zu sterben, belegt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, dass der größte Anteil der Menschen, 42 bis 43 Prozent, im Krankenhaus stirbt, während nur für gut ein Viertel, 25 bis 30 Prozent, das Leben zu Hause endet. Mit steigender Tendenz sind es derzeit 15 bis 25 Prozent, die in Heimen, und lediglich jeweils 1 bis 2 Prozent, die in Hospizen und Palliativstationen sterben.¹¹ In der «Übersicht zum aktuellen Stand der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland»¹² zeigt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin auf, dass der Bundesdurchschnitt weit hinter der angestrebten Versorgung zurückliegt; während die European Association for Palliative Care und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 80 bis 100 Betten in spezialisierten Einrichtungen je eine Million Einwohner empfehlen, sind es zum Stand der Erhebung in Deutschland im Schnitt nur 57,3. Für Palliativstationen wird angestrebt, 40 bis 50 Betten für eine Million Einwohner vorzuhalten, wobei der bundesweite Durchschnitt bei 31,4 liegt, für stationäre Hospize beträgt die Empfehlung ebenfalls 40 bis 50 Betten, wobei hier der Bundesdurchschnitt mit 25,9 noch weit unter dem der Palliativstationen liegt. Als Grund hierfür ist die geforderte Eigenständigkeit von Hospizen anzuführen, welche die Gründung neuer Hospize gegenüber der Einrichtung neuer Palliativstationen im Kontext bestehender Krankenhäuser noch einmal deutlich schwieriger macht. Dass Hospize und Palliativstationen einen so geringen Anteil an der Verteilung der Sterbeorte haben, ist also auch in dem Fehlen entsprechender stationärer Plätze zu erklären. Jenseits der standortsgebundenen stationären Versorgung zeichnet sich auch für ambulante Dienste der Bedarf nach weiterer Intensivierung ab. Während seitens des Gesetzgebers in Deutschland zunächst eine Versorgungsstruktur von vier Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung je eine Million Einwohner vorgesehen war, benennt das White Paper der European Association for Palliative Care eine Bedarfsschätzung von zehn Teams für eine Million Einwohner. Der Bundesdurchschnitt beträgt zum Zeitpunkt der Erhebung 3,4 Teams.¹³

«Untersuchungen zeigen, dass heute nur noch etwa dreißig Prozent der Menschen zu Hause sterben, siebzig Prozent versterben in Institutionen. Diese Tendenz des «institutionalisierten Sterbens» zeigt sich länderübergreifend steigend. In Pflegeheimen sterben zwanzigmal mehr Menschen als in stationären Hospizen. Den Ergebnissen einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e. V. zufolge gaben im Jahr 2012 allerdings nur ein Prozent der Befragten an, in einem Alten- oder Pflegeheim sterben zu «wollen». Wissenschaftliche Studien verweisen immer wieder auf die stark verschiedenen Ansätze im Umgang mit Sterbenden in den stationären Einrichtungen, die – bedingt durch Zeit-, Erfahrungs- und Personalmangel – zu Defiziten in der Sterbebegleitung führen. Sterben in Heimen verlaufe trotz star-

11 Vgl. hierzu Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: dgpalliativmedizin.de, abgerufen am 03.03.2015.

12 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin | Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland: Übersicht zum aktuellen Stand der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, Stand 31.12.2016.

13 Ebd.

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.