

Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie
= Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 14 (1988)

Heft: 2

Artikel: Ausgewählte Themen und wichtige Methoden der soziologischen
Todesforschung

Autor: Schmied, Gerhard

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-814671>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 05.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

AUSGEWÄHLTE THEMEN UND WICHTIGE METHODEN DER SOZIOLOGISCHEN TODESFORSCHUNG¹

Gerhard Schmied

Institut für Soziologie der Johannes Gutenberg-Universität
Postfach 3980, D - 6500 Mainz

1. Einleitung : der methodische Rahmen

Die Entwicklung der soziologischen Forschung scheint sich in Zyklen zu vollziehen. Um die Jahrhundertwende war mit Max Webers theoretischen Schriften und auch sachbezogenen Analysen eine verstehende Soziologie aus geisteswissenschaftlicher Orientierung etabliert. Noch Ende der 20er Jahre waren - wie ich an anderer Stelle nachweisen konnte (Schmied, 1984, 243) - in Karl Mannheims grossen Werk "Ideologie und Utopie" methodische Vorstellungen enthalten, die man ohne Änderung als derzeit aktuelle Trends einer verstehenden Soziologie oder einer sog. qualitativen Sozialforschung ausgeben könnte. Nach dem 2. Weltkrieg kam es dann in Europa, vor allem unter US-amerikanischem Einfluss, zu einer massiven Mathematisierung, die viele soziologische Beiträge wie algebraische Abhandlungen aussehen liess und lässt. Es kam zu grossen Erhebungen, die sich in Unmassen von Daten niederschlugen. Ab Ende der 60er Jahre war - wieder von den USA ausgehend - eine erneute Gegenbewegung unübersehbar geworden², die in unseren Tagen weitgehend anerkannt ist, ja manchmal meint man, sie dominiere schon. Die neue Bewegung hat viele Namen. Wie schon genannt : verstehende Soziologie und qualitative Sozialforschung, aber auch : ethnomethodologischer Blick, Analyse der Lebenswelt, symbolischer Interaktionismus, interpretatives Paradigma, phänomenologischer Ansatz, Orientierung am Alltag. Und die Devise lautet stets : Weg von den Zahlen, weg von der Repräsentativität, weg von den mathematischen Formeln, weg von den grossen, am Schreibtisch entworfenen Erhebungen !

¹ Gekürzte Fassung eines Referates, das im Rahmen der Tagung von ASSOREL (Schweizerische Vereinigung der Religionssoziologen) am 13.10.1986 in Fribourg vorgetragen wurde.

² Ein aufmerksamer Beobachter der soziologischen Szene wie Alvin W. Gouldner vermerkte zwar 1970 schon Ansätze wie die von Goffman und Garfinkel (Gouldner, 1974, Bd. 1, 209 sowie Bd. 2, 453-472), aber aus seiner Schilderung der "Krise der westlichen Soziologie" geht nicht hervor, dass es sich bei den genannten Soziologen um Vertreter eines neuen mainstreams handeln würde. Selbst im Register von Gouldners Werk fehlt etwa noch der Name von Alfred Schütz, der heute als unübergebarer Autor gilt, wenn die aktuellen Trends in der Soziologie dargestellt werden.

Doch man verachte die Statistik nicht ! Viele quantitative Erhebungen sind für die soziologische Todesforschung relevant. Zu diesen Erhebungen müssen die amtlichen Statistiken gerechnet werden. Auch diese amtlichen Statistiken haben wichtige Daten für den Aufbau einer Thanato-Soziologie erbracht. Zwar stimmt es, wenn Peter L. Berger, der sicherlich kein Freund der quantitativen Sozialforschung ist, feststellt :

"Statistische Daten allein sind keine Soziologie. Sie können Soziologie werden, wenn man sie soziologisch interpretiert und in einen soziologischen Rahmen bringt" (Berger, 1969, 21).

Diese Warnung war sicherlich manchmal nötig, und ich will diese Äusserung Bergers aufnehmen und sie bewusst zu unserem Programm machen, wenn zunächst anhand von zwei Beispielen statistisches Material präsentiert wird. Danach folgen eine Übersicht über Charakteristika der qualitativen Sozialforschung und die Darstellung von Arbeiten mit qualitativer Orientierung.

Aus dem Spektrum der Themen soziologischer Todesforschung wurden ausgewählt : Sterben an bösartigen Neubildungen, Information des Patienten über eine fatale Diagnose und Tod im Krankenhaus. Bei der Erörterung dieser Themen werden Statistiken bzw. quantifizierte Resultate von Erhebungen einerseits und Erträge qualitativer Forschung andererseits herangezogen. Dabei ist es nicht die Absicht, die beiden Arten des Zugriffs gegeneinander auszuspielen, um die Überlegenheit eines Ansatzes demonstrieren zu können. Es ist vielmehr das Anliegen, die jeweils spezifischen Leistungen der beiden Vorgehensweisen herauszuarbeiten und zu belegen, dass erst der Rückgriff auf beide Formen der Sozialforschung die bestmögliche Annäherung an die soziale Realität gewährleistet.

2. Statistische Daten und ihre soziologischen Implikationen

2.1. *Todesursachen und Information des Patienten über eine fatale Diagnose*

Wenden wir uns zunächst dem fundamentalen Faktor "Todesursache" zu. Dabei wollen wir uns auf einen Vergleich von ausgewählten Todesursachen in der Bundesrepublik Deutschland zwischen den Jahren 1968 und 1980 sowie in der Schweiz zwischen 1968 und 1979 beschränken.

Als erstes kann nach einer Durchsicht von Tabelle 1 festgestellt werden, dass in den Bundesrepublik Deutschland die beiden Haupttodesursachen "Krankheiten des Kreislaufsystems" und "Bösartige Neubildungen" im Zunehmen begriffen sind. In der Schweiz lässt sich dies lediglich für "Bösartige Neubildungen" feststellen. Weiter blieben die beiden anderen aufgeführten

Tabelle 1 : Sterbefälle nach ausgewählten Todesursachen

Todesursachen	Bundesrepublik Deutschland				Schweiz			
	1968		1980		1968		1979	
	in abs. Zahlen	in %	in abs. Zahlen	in %	in abs. Zahlen	in %	in abs. Zahlen	in %
Bösart. Neubildungen	133577	18	148109	21	11257	20	12998	23
Krankheiten des Kreislaufsystems	317030	43	359503	50	24854	43	24695	43
Kraftfahrzeugunfälle	16201	2	12521	2	1568*	3	1335	2
Selbstmord und Selbstbeschädigung	12393	2	12868	2	1047	2	1560	3
Sonstige Todesursachen	254848	35	181116	25	18648	32	16866	29
Total	734049	100	714117	100	57374	100	57454	100

* Verkehrsunfälle

Quellen : Statistisches Bundesamt, Ed., 1980, 366 ; Statistisches Bundesamt, Ed. 1982, 382 sowie Bundesamt für Statistik, Ed., 1980, 65 ff.

Todesursachen "Kraftfahrzeugunfälle" sowie "Selbstmord und Selbstbeschädigung" in der Bundesrepublik anteilmässig konstant, in der Schweiz steht einer Abnahme von Verkehrsunfällen eine Erhöhung der Selbstmordrate gegenüber. Dennoch sind auch hier beide Todesursachen im Gesamtspektrum von untergeordneter Bedeutung. Sie aber stehen für die Situationen, in denen der Tod meist schnell eintritt. Besonders bei bösartigen Neubildungen, aber auch bei manchen Krankheiten des Kreislaufsystems ist ein langes Leiden zu erwarten. Bezieht man noch die lebensverlängernden Möglichkeiten der modernen Medizin in das Kalkül ein, so lässt sich nach dem seltenen Sterben schon aus diesen zeitlich sehr nahe beieinander liegenden statistischen Belegen tendenziell die Zunahme des *langen Sterbens* konstatieren.

In diesem Zusammenhang muss ich Ihre Aufmerksamkeit auf einen Brennpunkt lenken, denn für das Schlüsseldatum in dieser Tabelle halte ich die Angabe bei "Bösartige Neubildungen" oder im Klartext : Krebs. Krebs ist deutlich sowohl in der Bundesrepublik Deutschland als auch in der Schweiz auf lange Sicht hin im Ansteigen, wie aus Tabelle 2 hervorgeht.

Tabelle 2 : Krebstote

im Deutschen Reich bzw. in der Bundesrepublik Deutschland				
Jahr	1910	1933	1950	1970
Sterbefälle auf 100.000 Pers.	79.0	136.0	174.0	221.4
in der Schweiz				
Jahr	1930	1950	1970	
% der Todesfälle	13	18	20	

Quellen : Ballerstedt/Glatzer, 1975, 8 (Bundesrep.) sowie Bundesamt für Statistik, Ed., 1980, 65 und 68 (Schweiz)

In der Bundesrepublik Deutschland näherten sich die Krebstode bereits 1970 dem Dreifachen von 1910. Die Masszahlen in Tabelle 2 sind leider für die beiden in die Betrachtung einbezogenen Länder unterschiedlich ; aber dennoch zeigt ein Vergleich des Ansteigens in den Angaben zwischen 1930 und 1970 die gleiche Tendenz : Es besteht eine Tendenz zur Verdoppelung der Raten.

Ich möchte die These aufstellen und auch zu belegen versuchen : Die hohe Zahl von Krebstoden ist einer der mächtigsten, wenn nicht überhaupt der mächtigste Antrieb für die Entwicklung einer Thanatologie, einer Todesforschung. Wir alle fürchten uns vor Krebs. Und die meisten von uns werden schon einmal die Angst davor gehabt haben, die Krankheit in sich zu tragen. Krebs ist eine der Geisseln in den modernen Gesellschaften. Es ist nicht nur die Tatsache, dass seine Ursachen noch nicht hinreichend bekannt sind, dass

er nicht stets früh genug erkannt wird, die ihn mit einer Aura des Schreckens umgibt. Es ist vor allem die Perspektive auf ein langes Leiden, während dessen die Schmerzen nicht in jedem Fall beherrschbar sind. Lassen Sie uns einige Indizien dafür erörtern, dass vieles in der modernen Todesforschung vor dem Hintergrund dieser massiv auftretenden Todesursache "Krebs" gesehen werden muss.

Das gilt als erstens für den Faktor "Furcht" oder "Angst" (zum folgenden Wittkowski, 1978, 55 ff. sowie Schmied, 1985, 79-82). Die Angst vor dem Tod kann viele Gesichter haben. Sie kann die Angst vor dem eigenen Tod oder vor dem Tod anderer sein. Sie kann die Angst vor dem Vorgang des Sterbens sein und die Angst vor dem, was nach dem Tode kommt. Und sie kann die Angst vor Toten sein. Diese früher weit verbreitete Totenfurcht (Schmied, 1979, 50 f.) ist heute selten zu finden. Die Psychologen sagen uns, dass am häufigsten die Angst vor dem eigenen Sterben vorkommt. Und zergliedert man diese Angst vor dem Sterben, so tritt deutlich die Angst vor den Schmerzen, vor der Einsamkeit und vor einem langen Leiden hervor. Die meisten von uns werden, wie wahrscheinlich auch die Probanden in den Untersuchungen zur Angst vor dem Tod, die Schmerzen und das lange Leiden mit der Diagnose "Krebs" assoziieren. Das lange Leiden dürften allerdings manche auch mit der modernen, das Leben lange, viele sagen : oft zu lange, erhaltenden Apparatedizin in Verbindung bringen.

Krebs wie Apparatedizin dürften zweitens den Hintergrund für die anhaltende Diskussion um Sterbehilfe bilden (zum folgenden Schmied, 1985, 83-92). Selbst in der Bundesrepublik Deutschland, in der die Euthanasiepraxis des Dritten Reiches die Erörterung des an sich schon sehr sensiblen Themas zusätzlich gehemmt hatte, bleibt die Sterbehilfe im Gespräch. Sie wurde zuletzt im September 1986 auf dem 56. Deutschen Richtertag in Berlin behandelt. Ferner existieren in der Bundesrepublik Organisationen, die die freie Verfügung des Patienten über sein Leben propagieren. Die bedeutendste ist die "Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben", die nach eigenen Angaben bereits 1982, 3000 Mitglieder zählte. Wenn von dieser Gesellschaft Massnahmen, die das Leiden eines Kranken unzumutbar verlängern, kategorisch abgelehnt werden, dann ist diese Aufassung auch vor dem Hintergrund oft unerträglicher Situationen in den letzten Stunden einer Krebserkrankung zu sehen. Und es ist sicherlich symptomatisch, dass sich einer der spektakulären Fälle von Sterbehilfe in der Bundesrepublik wieder auf Krebs bezog. Professor Julius Hackethal hatte im August 1984 einer Patientin mit Gesichtskrebs auf ihr Verlangen eine tödliche Dosis Zyankali zugänglich gemacht.

Zu der thanatologischen Kleinmünze, die vielen Zeitgenossen neben der Verdrängungsthese zuhanden ist, gehört das Phasenschema des Sterbens, das Elisabeth Kübler-Ross (1975) vorgelegt hat. Auf der Basis von Beobachtungen in amerikanischen Kliniken, in denen sie als Psychiaterin tätig war, fand sie fünf Phasen des Sterbens :

- 1) das Nichtwahrhabenwollen : der Patient weigert sich, die Diagnose zur Kenntnis zu nehmen,
- 2) Zorn über die Diagnose,
- 3) Verhandeln über die Diagnose, wobei die Palette der Verhandlungspartner vom Arzt bis zu Gott reichen kann,
- 4) die Depression und
- 5) die Zustimmung.

Wir wollen hier nicht die Gültigkeit dieses Schemas diskutieren, das Millionen von Lesern allein in den USA bekannt ist (Lofland, 1981, 10 f.), aber wir müssen auf die Grenzen seiner Anwendbarkeit hinweisen. Denn bei diesem Schema wird davon ausgegangen, dass die Diagnose "unheilbar mit in absehbarer Zeit zu erwartendem Tod" lautet. Und auch hier ist wieder das Leiden an Krebs der wichtigste konkrete Bezug.

Allerdings haben wir noch nicht die zweite gedankliche Voraussetzung für das Schema von Kübler-Ross genannt, die neben der Art der Diagnose zu beachten ist. Es ist dies das Wissen des Patienten um die fatale Diagnose. Und hier kommen wir zur vierten Implikation des statistischen Befundes, nach dem "Bösartige Neubildungen" einen grossen Sektor unter den Todesursachen einnehmen. Denn was Kübler-Ross neben der Art der Diagnose zusätzlich voraussetzt, ist nämlich, dass der Patient um sein Leiden und sein relativ nahes Ende weiss. Das ist keineswegs selbstverständlich, ist keineswegs die durchschnittliche Situation. Ich glaube, dass wir mit dieser Feststellung zu dem Punkt kommen, wo einzig und allein Begriffe wie "Tabuisierung" und "Verdrängung" angebracht sind. Das bedeutet gleichzeitig, dass ich Tabuisierung wie Verdrängung und als Synonyme gedachte Begriffe als ungeeignet ansehe, wenn man generell die Einstellung und das Verhalten gegenüber Sterben und Tod in unserer Gesellschaft charakterisieren will. Wir begraben unsere Toten nicht auf abgelegenen Inseln, wie dies afrikanische Stämme tun, sondern auf Friedhöfen, oft mitten in unseren Gemeinden (dazu und zu folgendem Schmied, 1979, 40 f. sowie 1985, 36-40). Friedhofsbesuche sind häufig. Wir machen Testamente. Wir schliessen Lebensversicherungen ab, bei denen der Tod unweigerlich zur Sprache kommt, da er sein "günstiges Ereignis" im Sinne des Versicherten darstellt. Zu den Informationen, die uns keineswegs nur die Sensationsblätter vermitteln, gehören Einzelheiten über die letzten Stunden der Grossen dieser Welt. Viele Menschen reden über den eigenen Tod sowie über das Sterben anderer. Zu den wenigen Kommunikationshemmungen - um die belasteten (Schmied, 1979, 40-42 und 1985, 36-38) Begriffe "Tabuisierung" und "Verdrängung" zu vermeiden - jedoch in bezug auf den Tod gehört die Information eines Kranken über die Diagnose "unheilbar mit in absehbarer Zeit zu erwartendem Tod". Ärzte wie Angehörige schrecken vor dem Gespräch über einen solchen Befund oft zurück. Und hier haben wir *den* Fall, wo diese kulturkritischen Formeln von Verdrängung, Tabuisierung einen ganz konkreten

Anhaltspunkt finden. Daneben dürften sie allenfalls noch beim Übergehen der Trauer durch die Umwelt (Schmied, 1985, 140 ff.), die in diesem Rahmen ja nicht diskutiert werden soll, eine praktische Bedeutung erlangen. Also wenn diese Begriffe "Tabuisierung" und "Verdrängung" einen Sinn haben sollten, dann im Zusammenhang mit der Zurückhaltung von Informationen über Inhalt und Konsequenz einer Diagnose. Und es dürfte evident sein, dass auch hier wieder Krebs den wichtigsten Anwendungsfall darstellt.

Ich möchte diese Frage noch weiter verfolgen. Die Meinung von Patienten zum Problem der Information über die Konsequenzen einer Diagnose stellt sich relativ eindeutig dar. Eine grosse Mehrzahl will die Wahrheit wissen. Das ist das Resultat zahlreicher Untersuchungen mit quantitativer Orientierung. Gernot Huppmann und Angela Werner haben achtzehn Arbeiten aus fünf Staaten gesammelt, die nahezu ausnahmslos eine solche Tendenz deutlich machen. Lediglich in einer deutschen Untersuchung von 1975 war festgestellt worden, "65 % wünschten so wenig wie möglich über die Folgen ihres Leidens zu erfahren" (Huppmann & Werner, 1982, 160). Gegen eine Verallgemeinerung dieses letzten Befundes stehen Resultate, für die schon die Ernstsituation, in die sie eingebettet sind, spricht. In einer deutschen Untersuchung aus dem Jahre 1980 war ermittelt worden, dass 96 von 100 befragten Leukämiepatienten die noch ausstehende Diagnose wissen wollten. Nach amerikanischen Befragungen von 1950 und 1957 sprachen sich 89 % bzw. 81 % Krebserkrankte für ihre Information aus. Dennoch wird den Wünschen der Erkrankten sicherlich nicht in diesem Masse entsprochen.

Für ein Verschweigen der Diagnose oder ein Schweigen über die Diagnose können verschiedene Gründe vorgebracht werden. Die Angehörigen können äussern, dass ein "Ja" auf die Frage nach dem nahen Tod verfrüht sei und vom Erkrankten als eine Art Todesurteil interpretiert werde. Selbst der Mediziner wird trotz seines professionellen Wissens und seiner professionellen Erfahrung dieses Argument bisweilen vorbringen. Arzt ebenso wie pflegende Angehörige können befürchten, dass das Bewusstsein eines nahen Todes Physis und Psyche des Patienten beeinträchtigt (Weisman, 1972, 29). Und sicher ist es falsch, einem unvorbereiteten Kranken oder einem Kranken, der gerade eine Operation überstanden hat, eine fatale Diagnose zu präsentieren. Es ist unsinnig, einem Kranken den Termin seines Sterbens zu nennen; selbst diagnosesichere Ärzte müssen sich auf die Nennung von Spannen beschränken und ihre Vorbehalte jeder Angabe hinzufügen. Dennoch bleibt die Frage stehen, ob in der Mehrzahl der Fälle dem Wunsch des Patienten nach Information Rechnung getragen wird.

Der Amerikaner Donald Oken schreibt zum Verhalten der Ärzte: "Die durchschnittliche Politik ist, so wenig wie möglich zu sagen, und dies mit allgemeinen Floskeln, die dazu bestimmt sind, die Kooperation bei der Behandlung zu sichern" (Oken, 1977, 15). Dieses Verhalten ist zunächst eine Art Schutz der Ärzte vor als zutiefst belastend empfundenen Interaktionen mit Patienten. Aber Ärzte halten damit nicht nur Verstörungen des Patienten fern, sondern auch Vorstellungen, die die potentielle eigene Situation

betreffen. In einer amerikanischen Untersuchung wurde ermittelt, dass schon Medizinstudenten zu Beginn ihres Studiums die Unterrichtung von Patienten und Angehörigen über eine fatale Diagnose für die am meisten mit Angst besetzte Situation im ärztlichen Berufsleben hielten (Schoenberg & Carr, 1972, 11). Trotz des Widerspruchs zwischen den Ergebnissen von Patientenbefragungen und dem durchschnittlichen Verhalten von Ärzten wie Angehörigen lässt sich das Problem der Unterrichtung des Sterbenden über sein Schicksal nicht einfach nach der Devise "Belügt uns nicht" lösen, die im Titel eines Buches erscheint (Menninger, 1978). Diese Frage ist subtiler. Sie kann nicht mit der Feststellung einer beklagenswerten Einstellung in der Gesellschaft, mit einer Anklage oder einem Appell gegenüber Ärzten und Angehörigen abgeschlossen werden. Wir werden sie noch einmal aufnehmen müssen.

2.2. *Tod im Krankenhaus*

Doch zunächst wollen wir uns einem zweiten Zusammenhang statistischen Angaben zuwenden; er betrifft den Tod im Krankenhaus. Auch hier soll zunächst wieder eine Zeitreihe präsentiert werden, die eine ansteigende Tendenz deutlich werden lässt. In der Bundesrepublik Deutschland lag die Rate der in Krankenhäusern Gestorbenen 1962 bei 45.4 %, 1972 bei 53.5 % und 1975 bei 54.5 % (Engelke, 1979, 23 f.). Auch in diesem Punkt sind die Verhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland und in der Schweiz vergleichbar; 1985 beendeten 54 % aller Schweizer Verstorbenen dieses Jahres ihr Leben im Krankenhaus³.

Diese statistischen Befunde haben wieder zahlreiche Implikationen. So sei darauf hingewiesen, dass im Krankenhaus das Sterben in Institutionen geschieht, die von ihrem Selbstverständnis wie von ihren Einrichtungen gar nicht dafür geschaffen sind. Das Krankenhauspersonal sieht seine Funktion in der Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten. Diese Funktion verliert auch dann ihre Bedeutung, wenn keine Aussicht auf Gesundung mehr vorhanden ist. Ephrem Else Lau stellt in diesem Sinne fest: "Die Rolle des Sterbenden ist mithin nicht wie die des Patienten strukturell gewollt und eingeplant" (Lau, 1975, 32). Auf das zuletzt genannte Problem der Planung geht Lau ein, wenn sie darauf hinweist, dass auch in Krankenhausneubauten keine speziellen Einrichtungen, vor allem solche räumlicher Art, für Sterbende vorgesehen sind (Lau, 1975, 76 f.).

³ Dieses mit viel Mühe beschaffte Datum verdanke ich dem Sekretär der ASSOREL, Ass. Leonhard Suter, Zürich.

3. Qualitative Studien zum Tod in der Klinik und zum Schweigen gegenüber Sterbenden

3.1. *Prinzipien der qualitativen Sozialforschung*

Ich möchte die weiteren Erörterungen über das Sterben im Krankenhaus in einen neuen methodischen Zusammenhang stellen, denn das Krankenhaus ist eines der Felder, in denen die oben aufgeführten neueren Vorstellungen, also verstehende Soziologie, qualitative Sozialforschung, Orientierung am Alltag usw., bisher am fruchtbarsten waren. Daher muss an dieser Stelle eine Darlegung der Eigenart dieser Ansätze erfolgen, die wir oben lediglich negativ bestimmt hatten.

Nun ist die derzeit stark diskutierte qualitative Richtung in der Soziologie wie in der Sozialforschung keineswegs eine in sich einheitliche Konzeption; schon die verschiedenen Bezeichnungen deuten auf erhebliche Unterschiede hin. Zu den Gemeinsamkeiten, in denen sich die verschiedenen Ansätze, die hier generell als qualitativ bezeichnet werden sollen, treffen dürften, gehören wohl folgende⁴:

- 1) Es geht nicht mehr um die Untersuchung möglichst vieler oder einer repräsentativen Auswahl von Einheiten, sondern um die Erforschung einiger weniger oder auch nur eines einzigen Falles. Hier aber, in diesem begrenzten Bereich, soll intensivst, bis in das Detail hinein geforscht werden.
- 2) Dieses genaue Erforschen hat nicht aus der Distanz zu geschehen. "Arm-chair-research" ist verpönt. Man muss in das Feld gehen, für längere Zeit dort leben. Man muss mit den dort tätigen Menschen sprechen, vor allem aber genau beobachten. Nicht mehr das Interview, sondern die Beobachtung wird zum "Königsweg" der Sozialforschung.
- 3) Es geht weniger um das Testen von vorher aufgestellten Thesen, sondern es soll minutiös den sozialen Mechanismen im Untersuchungsfeld nachgegangen werden; das Milieu soll bis ins Detail beschrieben und "verstanden" werden. Mit diesem "Verstandenwerden" soll die methodologische Position dieser neuen Richtungen im Rahmen der traditionellen Polarität von naturwissenschaftlich fundiertem Erklären und geisteswissenschaftlich orientiertem Verstehen noch einmal klar festgelegt werden.

⁴ Für die grundlegende Information zur qualitativen Sozialforschung "aus erster Hand" ist immer noch das von der Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen herausgegebene Sammelwerk: *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*, Bd. 1 (und darin besonders die Beiträge von Herbert Blumer und Harold Garfinkel) zu empfehlen. Zur theoretischen Fundierung des Typenbegriffs vgl. Beiträge von Alfred Schütz aus seiner amerikanischen Zeit, die z. T. erst postum erschienen sind, so z. B. Schütz, 1972, 20 f.

- 4) Die in der Untersuchung massgebende Perspektive ist nicht die des Forschers. Das klingt schon bei dem Hinweis an, es gehe nicht um das Testen von vorher aufgestellten Hypothesen. Massgeblich ist die Perspektive der im Untersuchungsfeld Agierenden und ihre Sicht des Feldes.
- 5) Mit dieser Verschiebung der Perspektive vom Forscher auf die Erforschten wird diesen Kompetenz und zwar soziologische Kompetenz zugeschrieben. Nicht nur der Alltag ist, worauf in manchen Bezeichnungen (Soziologie des Alltags) verwiesen wird, das zentrale Thema solcher Forschung, sondern auch der alltägliche Mensch ist Soziologe. Jeder ist Alltagssoziologe, denn er agiert im sozialen Feld, indem er die dort üblichen Normen anwendet, ihre Spannweite, bisweilen ihre Grenzen erprobt. Er kennt die Varianten des Handelns, die Möglichkeit der Lösung von Konflikten; mit einem Wort: Er ist im Alltag und all seinen Nuancen "daheim". Dem professionellen Soziologen kommt dann die Aufgabe zu, das Material zu sammeln und in einen theoretischen Kontext zu stellen.
- 6) Gefahren sind nicht zu übersehen. Der soziologische Ertrag besteht, wenn man sich auf die Beobachtung kapriziert, vor allem aus Beobachtungsprotokollen. Und wenn man sich, um die Perspektive der Betroffenen zur Geltung zu bringen, auf Äusserungen der Menschen im Untersuchungsfeld konzentriert, ist der Abstand zur Report-Literatur, zu Zeitschriftenserien oder Büchern wie "Meine Frau hat mich verlassen" oder "Wie ich ein Moonie wurde" bedenklich gering. Bei der theoretischen Durcharbeitung des Materials werden daher oft Typen gebildet. Diese Typenbildung, die auf den in Max Webers verstehender Soziologie so wichtigen Idealtypusbegriff verweist, kann sich auf Personen, Handlungsweisen, Einstellungen usw. beziehen. Aber sie geschieht - darauf soll ausdrücklich verwiesen werden - im nachhinein, aus dem vorliegenden Material heraus, nicht wie die Hypothesenbildung schon bei der Erstellung des Forschungsplans.

3.2. *Die Studien*

Nach dieser kursorischen Kennzeichnung neuerer Richtungen in der Sozialwissenschaft wollen wir uns Studien über Krankenhäuser zuwenden, bei denen bewusst Prinzipien der qualitativen Forschung beachtet wurden. Als erstes ist auf eine Arbeit von David Sudnow aus dem Jahre 1967 hinzuweisen, die 1973 unter dem Titel "Organisiertes Sterben" in deutscher Sprache erschien (Sudnow, 1973). Eine deutsche Paralleluntersuchung führte die schon einmal genannte Ephrem Else Lau durch. Die Erträge ihrer Forschungsarbeit wurden 1975 unter dem Titel "Tod im Krankenhaus" veröffentlicht (Lau, 1975). Sudnow stellte seine Beobachtungen in zwei amerikanischen Kliniken des Mittleren Westens an, einem kommunale Hospital und

einer Privatklinik, deren Patienten im Durchschnitt höheren Schichten zugehörten. Aus dem von ihm gesammelten Material geht u.a. hervor, dass die Fürsorge und Pflege für den Kranken um so mehr nachlässt, je näher der Tod heranrückt. Am Ende schauten Pfleger oder Schwestern nur noch in längeren Abständen von der Tür her, ob der Sterbende noch atme (Sudnow, 1973, 111, 115).

Mehrere Untersuchungen über das Sterben hat das Forscherteam Anselm L. Strauss und Barney G. Glaser vorgelegt. Am bekanntesten ist die Arbeit "Awareness of Dying", die erstmals 1965 erschien, innerhalb von 14 Jahren neun Auflagen in den USA erlebte und die 1974 unter dem Titel "Interaktion mit Sterbenden" in das Deutsche übersetzt wurde (Glaser & Strauss, 1974). Ihr werden wir uns jetzt zuwenden, denn an ihr kann nicht nur das Phänomen der Typenbildung demonstriert, sondern auch unser Problem : Information eines Sterbenden über die bedrohliche Situation weiter verfolgt werden.

Glaser und Strauss beobachteten an der Westküste der USA drei Jahre lang in sechs verschiedenen Krankenhäusern Sterbende und das sie betreuende Personal. Typenbildender Zentralbegriff in ihrer Klassifikation ist "Bewusstheitskontext" ("awareness context"). Sie definieren : "Was *jeder* Interagierende über einen bestimmten Zustand des Patienten weiss, sowie sein Wissen darum, dass die anderen sich dessen bewusst sind, was er weiss (...), werden wir *Bewusstheitskontext* nennen" (Glaser & Strauss, 1974, 16 f., Hervorhebung durch Glaser & Strauss). Bewusstheitskontexte bestimmen grundsätzlich die Situation, vor allem die zwischen Sterbenden und dem Personal.

Glaser und Strauss unterschieden vier Bewusstheitskontexte :

- 1) "Geschlossene Bewusstheit" (Glaser & Strauss, 1974, 32) oder "closed awareness" (Glaser & Strauss, 1979, 29). Das bedeutet : Der Patient weiss nichts von dem drohenden Tod. Eine Voraussetzung dieses Kontextes kann sein, dass der Kranke zu wenig medizinische Kenntnisse besitzt, um seine Situation beurteilen zu können. Das Krankenhauspersonal oder die Angehörigen geben keine bzw. falsche Auskünfte über die Lage des Patienten und/oder meiden ihn. Beim Kranken entsteht so der Eindruck, der Klinikaufenthalt sei nur eine "Episode". Die Angehörigen, die über den Zustand des Patienten Bescheid wissen, dürfen ihren Kummer nicht zeigen. Oft entstehen gerade bei ihnen Schuldgefühle wegen ihres unehrlichen Verhaltens.
- 2) "Argwohn" (Glaser & Strauss, 1974, 48) oder "suspicion awareness" (Glaser & Strauss, 1979, 47). Trotz der Versuche, ihn in der geschlossenen Bewusstheit zu halten, kann der Patient misstrauisch werden. Dieses Misstrauen kann allmählich entstehen oder sehr schnell aufkommen und nach Klärung drängen. In der Regel versuchte das Personal nach den Beobachtungen von Glaser und Strauss, den Argwohn niederzuhalten. Falls dies nicht gelang, wurde der Patient aufgeklärt und ging so in Bewusstheitskontext 4 über. Ein besonderes Problem des Kranken in

diesem Kontext ist die belastende Unsicherheit über sein Schicksal. Für das Personal ist der Kontakt mit dem Patienten in der Phase des Argwohns schwierig; daher meidet es oft den argwöhnischen Patienten, soweit dies möglich ist.

- 3) "Kontext wechselseitiger Täuschung" (Glaser & Strauss, 1974, 63) oder "context of mutual pretense" (Glaser & Strauss, 1979, 64). Personal und Patient wissen hier um die Situation, aber jede Seite tut so, als würde der Kranke bald wieder hergestellt sein. Man meidet im Gespräch sog. gefährliche Themen. Und wenn einer der Beteiligten in Unbedachtsamkeit zu erkennen gibt, dass er über die tatsächliche Lage im Bilde ist, verhält sich die Gegenseite so, als habe sie es nicht bemerkt. Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchungen von Glaser und Strauss ist, dass die wechselseitige Täuschung der am häufigsten zu beobachtende Bewusstheitskontext war. Die Autoren führen an, dass dieser Kontext dem Sterbenden die Möglichkeit böte, seine Würde und einen Raum der Intimität zu wahren. Bitte achten Sie auf diesen Kontext und die mit ihm verbundene Argumentation; wir werden noch darauf zurückkommen müssen.
- 4) "Offene Bewusstheit" (Glaser & Strauss, 1974, 76) oder "open awareness" (Glaser & Strauss, 1979, 79). Die offensichtliche Situation des Kranken oder sein Beharren darauf, über seinen Zustand näher informiert zu werden, kann zum Aussprechen der fatalen Diagnose führen. Der Patient hat, wenn er diesen Bewusstheitskontext erreicht, die Möglichkeit, sich auf seinen Tod bewusst vorzubereiten. Dieser Bewusstheitskontext kann jedoch auch Belastungen mit sich bringen. Für Personal wie Angehörige können dies die Gespräche mit dem Sterbenden sein. Der Sterbende kann in Angst oder Zorn aufgehen. Glaser und Strauss stellten fest, dass für solche prekären Fälle ein "Verhaltenskodex für Sterbende" (Glaser & Strauss, 1974, 82) existiert. Er besagt u.a.: Die Patienten sollen das Sterben nicht beschleunigen (z. B. durch Suizid), sie sollen sich nicht gehen lassen, nicht zu stark von der Umwelt abwenden und Angehörigen, Personal und Mitpatienten die Kooperation ermöglichen.

Nach den Beobachtungen von Glaser und Strauss wurde der offene Bewusstheitskontext selten erreicht. Wenn der Sterbende informiert wurde, geschah das in allen von Glaser und Strauss erfassten Fällen durch den Arzt, nie durch die Angehörigen.

Von Bedeutung in bezug auf die Vorwürfe der Verdrängung und Tabuisierung im allgemeinen und für die Unterrichtung z. B. eines Krebskranken über die Diagnose und deren Konsequenzen im besonderen ist der bei Glaser und Strauss sog. Kontext wechselseitiger Täuschung. Dieser Kontext erscheint zunächst sehr inhuman. Der Patient spielt ein Spiel der Täuschungen mit. Er nimmt Unsicherheit über sein Schicksal in Kauf. Aber bei dieser Bewertung wird vergessen, dass er sich jene Hoffnungen erhält,

die ihn seine Situation leichter ertragen lassen. Das bedeutet, dass wir es im Falle der Unterrichtung eines Kranken über sein Schicksal nicht einfach mit einem im Interesse des Patienten zu beseitigenden Tabu zu tun haben. Das Problem ist komplizierter. Es besteht darin, die richtige Balance zwischen Offenheit und Wahrhaftigkeit einerseits sowie Takt und Rücksichtnahme andererseits zu finden. Dies wird sehr deutlich an einem Beispiel aus dem 1981 erschienenen Buch der Hamburger Psychologin Anne-Marie Tausch "Gespräche gegen die Angst". Die Autorin stand in der Planung eines wissenschaftlichen Projekts über Gesprächsgruppen für Krebskranke, als sie erfuhr, dass sie selbst an Krebs erkrankt war. Im Wissen um die Diagnose schrieb sie ein Buch, das zahlreiche Gespräche mit Krebspatienten, deren Angehörigen und Ärzten enthält. So findet sich z. B. folgende Unterhaltung der Mitglieder einer Gesprächsgruppe über ihre Situation.

Anita : "Als ich vor einem Jahr die Leberspiegelung machte, da kam eine fremde Ärztin, die sagte gleich : 'Heilen kann man das nicht - nur ein bisschen verlängern'. Ich will gern die Wahrheit wissen, weil ich auf Heilung hoffe. Aber die hat mir klipp und klar gesagt : 'Heilen kann man es nicht'".

Liesbeth : "Du hast doch eben gesagt, Du willst die Wahrheit hören. Da stimmt doch etwas nicht".

Anita : "Dass man es nicht heilen kann, das hätte sie weglassen können. Ich will doch Hoffnung haben".

Vera : "Es ist ein grosses Problem : Was wollen wir eigentlich von den Ärzten hören ? Können wir es verkraften ?..." (Tausch, 1981, 60).

Ein Fazit aus diesem Gespräch muss sein, dass es nicht nur Hilflosigkeit von Ärzten ist, wenn sie vor dem Aussprechen der Wahrheit zurückschrecken. Denn angesichts der Entscheidung, *ob* eine solche Nachricht übermittelt werden soll und *wie* sie übermittelt werden soll, ist viel Takt und ein feines Gespür notwendig. Es erscheint daher paradox wie sinnvoll, wenn Uwe Koch und Christoph Schmeling folgendes Lernziel einer "Ausbildung für den Umgang mit Sterbenden" festlegen : "Der Teilnehmer soll in der Lage sein, mit dem Patienten offen zu kommunizieren (bzw. ihn aufzuklären) und ihm dabei einen Rest Hoffnung lassen" (Koch & Schmeling, 1979, 133).

3.3. *Fazit*

Wir wollen noch einmal zu den methodischen Aspekten zurückkehren, die uns zu Anfang dieses Kapitels und auch dieses Aufsatzes geleitet haben. Die Untersuchungen von Glaser und Strauss vor Ort und die Gruppengespräche von Tausch mit Betroffenen zeigen, dass so gravierende Probleme wie das der Kommunikation mit Sterbenden über die Diagnose und ihre Konsequenzen nicht einfach durch das Stellen einer oder weniger Fragen,

womöglich noch innerhalb eines standardisierten Fragebogens, zutreffend offengelegt oder gar einer Lösung zugeführt werden können. Die Nuancen der Einstellung, vor allem aber Widersprüche im Bewusstsein der Befragten werden erst in der minutiösen qualitativen Untersuchung deutlich⁵. Was bleibt da von der Bedeutung der Statistik übrig, die ich zu Anfang so herausgestellt habe? Zum mindesten, ich betone: zum mindesten, können die statistischen Daten dazu dienen, die untersuchten Probleme als solche erscheinen zu lassen, die nicht etwa zwar tragische, aber selten vorkommenden Fälle betreffen. Mit Hilfe der Daten zu Todesursache und Tod im Krankenhaus kann gezeigt werden, dass hier Fragen aufgegriffen werden, die viele Menschen in unseren Gesellschaften bedrängen. Doch die quantitative Sozialforschung leistet noch mehr. Es werden gesamtgesellschaftliche Tendenzen aufgewiesen (z. B. Zunahme von bösartigen Neubildungen, des Todes im Krankenhaus), es werden wichtige Zusammenhangsdaten ermittelt, die den unerlässlichen Rahmen für jene subjektiven Details abgeben, die im Alltag das Zusammenleben bestimmen. Zusammenfassend: Mit Hilfe quantitativer *und* qualitativer Untersuchungen wird die Wirklichkeit eingekreist, eine Wirklichkeit, deren Totalität auch durch Methodenkombination nie völlig erfasst werden kann.

BIBLIOGRAPHIE

- ARBEITSGRUPPE BIELEFELDER SOZIOLOGEN (1973), (Ed.), Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Bd. 1, Rowohlt, Reinbek.
- BALLERSTEDT Eike & GLATZER Wolfgang (1975), Soziologischer Almanach, Herder & Herder, Frankfurt/M., New York.
- BERGER Peter L. (1969), Einladung zur Soziologie, Walter, Olten, Freiburg/B.
- BUNDESAMT FÜR STATISTIK (1980), (Ed.), Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1980, Birkhäuser, Basel.
- ENGELKE Ernst (1979), "Situation und Umfeld von Sterbebeistand heute", in: ENGELKE Ernst et al., Ed., Sterbebeistand bei Kindern und Erwachsenen, Enke, Stuttgart, 17-29.
- FUCHS Werner (1988), "Methoden und Ergebnisse der qualitativ orientierten Jugendforschung", in: KRÜGER Heinz-Hermann, Ed., Handbuch der Jugendforschung, Leske + Budrich, Opladen, 181-204.
- GLASER Barney G. & STRAUSS Anselm L. (1974), Interaktion mit Sterbenden, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- GLASER Barney G. & STRAUSS Anselm L. (1979), Awareness of Dying, Aldine Publishing Company, New York (9. Aufl.).
- GOULDNER Alvin W. (1974), Die westliche Soziologie in der Krise, 2 Bde., Rowohlt, Reinbek (amerik. zuerst 1970).

⁵ Die folgende Feststellung von Werner Fuchs im Rahmen von jugendsoziologischen Erörterungen passt überaus gut auf wichtige Themen der Thanato-Soziologie: "Prozesse, in denen Entscheidungen oder Aushandlungsvorgänge hin- und herpendeln, die Ausarbeitung von Möglichkeiten Zeit braucht, die Anpassung an gegebene Chancenstrukturen nicht in einem Schritt vollzogen werden kann... verlangten qualitative Zugänge" (Fuchs, 1988, 184).

- HUPPMAN Gernot & WERNER Angela (1982), "Sterben in der Institution : psychologische Aspekte", *Mensch - Medizin - Gesellschaft* 7, 155-168.
- KOCH Uwe & SCHMELING Christoph (1979), "Ausbildung für den Umgang mit Sterbenden", in : ENGELKE Ernst et al., Ed., *Sterbebeistand bei Kindern und Erwachsenen, Enke, Stuttgart*, 125-140.
- KÜBLER-ROSS Elisabeth (1975), *Interviews mit Sterbenden*, Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn, Gütersloh (4. Aufl., gekürzt, amerik. zuerst 1969).
- LAU Ephrem Else (1975), *Tod im Krankenhaus*, Bachem, Köln.
- LOFLAND Lyn H. (1981), *The Craft of Dying*, Sage Publications Inc., Beverly Hills/Cal., London (2. Aufl.).
- MENNINGER Dieter (1978), *Belügt uns nicht !*, Kreuz, Stuttgart, Berlin.
- OKEN Donald (1977), "What to Tell Cancer Patients : A Study of Medical Attitudes", in : WEIR Robert F., Ed., *Ethical Issues in Death and Dying*, Columbia University Press, New York, 9-25.
- SCHOENBERG Bernard & CARR Arthur C. (1972), "Educating the Health Professional in the Psychosocial Process of the Terminally Ill", in : Schoenberg Bernard et al., Ed., *Psychosocial Aspects of Terminal Care*, Columbia University Press, New York, 3-15.
- SCHMIED Gerhard (1979), "Einstellungen zu Tod und Unsterblichkeit in den westlichen Industriegesellschaften", in : Rabanus Maurus Akademie, Ed., *Stichwort : Tod, Knecht, Frankfurt/M.*, 37-56.
- SCHMIED Gerhard (1984), "Der soziologische Generationsbegriff", *Neue Sammlung*, 24, 231-244.
- SCHMIED Gerhard (1985), *Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft*, Leske & Budrich, Opladen.
- SCHÜTZ Alfred (1972), "Die soziale Welt und die Theorie der sozialen Handlung", in : *Gesammelte Aufsätze, Bd. II*, Nijhoff, Den Haag, 3-21.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (1980), (Ed.), *Statistisches Jahrbuch 1980 für die Bundesrepublik Deutschland*, Kohlhammer, Stuttgart, Mainz.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (1982), (Ed.), *Statistisches Jahrbuch 1982 für die Bundesrepublik Deutschland*, Kohlhammer, Stuttgart, Mainz.
- SUDNOW David (1973), *Organisiertes Sterben*, Fischer, Frankfurt/M.
- TAUSCH Anne-Marie (1981), *Gespräche gegen die Angst*, Rowohlt, Reinbek.
- WEISMAN Avery D. (1972), *On Dying and Denying*, Behavioral Publications Inc., New York.
- WITTKOWSKI Joachim (1978), *Tod und Sterben*, Quelle & Meyer, Heidelberg.

