

Tod und Hospizarbeit

Von *Herbert E. Colla*

Feldmann (1997) referiert in seiner internationalen Übersicht zur Mortalität, dass früher hauptsächlich junge Menschen und Mütter starben, wohingegen heute in der westlichen Welt überwiegend alte Menschen sterben. Kriege, Hungersnöte, Epidemien, Genozide hatten einen großen Einfluss auf die Mortalitätsrate, wohingegen heutzutage Personen aus den höheren Bildungs- und Einkommenschichten deutlich länger leben als Angehörige aus marginalisierten Schichten. Als soziale Ursachen für schichtspezifische Unterschiede werden Arbeitsbedingungen, Stress, unzureichende Ernährung und mangelhafte Gesundheitsfürsorge aufgeführt. Geschlechtsspezifische Mortalitätsunterschiede sind sowohl auf biologische als auch auf soziale Faktoren zurückzuführen, dazu gehören männliche Geschlechtsrollenstereotypen (Aggressivität, Dominanz und Konkurrenzverhalten). In Entwicklungsländern sind überwiegend die Frauen so stark benachteiligt, dass ihre Mortalität die der Männer signifikant übersteigt. In der Literatur wird zudem eine differenzierte und analytische Betrachtung vorgenommen: Physisches Sterben (Verlust körperlicher Funktionen), Psychisches Sterben (schwere Demenz) und Soziales Sterben mit Verlust der Anerkennung, von Rollen und sozialen Teilhabechancen bis hin zur Sklaverei. Das statistische Jahrbuch der Bundesrepublik weist in seiner Statistik für Sterbefälle aus, dass 2014 868.356 Personen, davon 446.131 weibliche und 422.225 männliche, gestorben sind. Die Lebenserwartung für Mädchen bei der Geburt wird in der Statistik mit 83,1 Jahren, für die Jungen mit 78,1 Jahren angegeben (Statistisches Bundesamt 2015). Diese Werte berücksichtigen nicht den Zuwanderungsgewinn in der Population durch Flüchtlinge und andere Zuwanderer.

Soziale Arbeit als Disziplin und Profession war also immer mit Tod und Sterben konfrontiert. Seit den

1970er Jahren, im Kontext der sozialwissenschaftlichen Öffnung der Suizidologie, wurden auch z. B. Suizid und Suizidprophylaxe zu Themen in der Beratungspraxis und zum Umgang in sozialpädagogischen Einrichtungen und denen der Krisenintervention. Der Suizid ließ sich begreifen als eine Extremform „abweichenden Verhaltens“: Das Individuum weigert sich durch sein Verhalten, gesellschaftliche Normen zu erfüllen. Er galt auch als ein Indiz, dass gesellschaftliche Normen und Werte nicht für alle Individuen oder Gruppen erreichbar sind oder als attraktive Stabilisatoren wirken. Inwieweit die Entscheidung zum Suizid aus dem Individuum entspringt oder von der Gesellschaft forciert wird, bleibt offen, die Grenzen sind fließend (Colla 1999). In der Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich eine Ergänzung zu der Wahrnehmung von Suizid und Suizidversuchen ergeben: das Selbstverletzende Verhalten. In der Literatur finden sich Hinweise, dass das SVV aus neurobiologischer Sicht gerade bei jungen Menschen auftritt und aller Wahrscheinlichkeit nach auf das serotonerge System, welches für die Entstehung und Aufrechterhaltung dieses Verhaltens mitverantwortlich ist, zurückgeführt werden kann und einer besonderen Beachtung im sozialpädagogischen Kontext bedarf: Das SVV kann von Jugendlichen zur Beeinflussung aversiver affektiver Zustände verwendet werden, aber auch zur Selbstbestrafung sowie der Erreichung eines antisozialen Effekts genutzt werden. In der Auswertung individueller Problemlagen von jungen Menschen konnten Faktoren benannt werden, die einzeln oder gebündelt auftraten, z. B. mit einer relativen Unbestimmtheit ihres Wollens, Realitätsverzerrung in ihrer Wahrnehmung, Kränkung im Sozialbereich, sozialer Desintegration, Anomie, Demütigungen, Gewalt und / oder Missbrauch, Gefühl des Bedrohtheits, Verlust einer signifikanten Be-