

# Frau und Tod – Medizin und Moderne

Ein medizinhistorischer Essay

A. Labisch

*Institut für Geschichte der Medizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf*

## „Sterben und Tod“ in der aktuellen Diskussion

Das Thema „Sterben und Tod“ ist in der Gesellschaft tabuisiert – so ist alenthalben zu hören und zu lesen. Das Gegenteil ist jedoch der Fall: Das Thema „Sterben und Tod“ hat Konjunktur. Wer die einschlägige Literatur verfolgt, wird diesen Eindruck bestätigen. Die Frage müßte also eher lauten: Warum wird ausgerechnet in unserer Zeit so häufig über „Sterben und Tod“ diskutiert – in einer Gesellschaft überdies, die – in der gesundheitlichen Versorgung im weitesten Sinne – einen geradezu gigantischen Apparat aufgebaut hat, um Krankheit, um Tod zu bekämpfen?

In der Thematik „Sterben und Tod“ scheint „Frau und Tod“ nur auf den ersten Blick begrenzter, überschaubarer zu sein. Ein kurzer Blick in die Graphiksammlung „Mensch und Tod“ der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf [14, 16] zeigt, welche vielfältigen Assoziationen und Bezüge sich ergeben. Ist es die junge Frau, die schöne Frau, die geliebte Frau, die der Tod in der Blüte ihres Lebens hinwegreißt? Ist es die Frau, die den Tod anderer, des Mannes, des Kindes erlebt? Ist es gar ein geheimnisvolles, ein makaber – erotisches Verhältnis zwischen der Frau und dem Tod – „Eros Thanatos“? Ist es dieschwangere Frau und der Tod, die Mutter und der sterbende Säugling, das sterbende Kind, die sterbende, die tote Mutter gar und ihre entsetzten Kinder – Sujets, die die

Medizin, die Gynäkologie und die Geburtshilfe zumal, in besonderer Weise ansprechen? Ignaz Semmelweis, der berühmte, am Vorurteil seiner Umgebung gescheiterte „Retter der Mütter“, ist hier nicht eigens zu erwähnen. Allerdings mag die im Kindbett sterbende Frau nach wie vor das historische Bild von „Frau und Tod“ beherrschen: die Frau gebärt neues Leben und geht in den eigenen Tod – ein Opfergang, zu dem Frauen durch die Natur ihres Leibes verurteilt scheinen.

Das Thema „Sterben und Tod“ zwingt die Menschen zum Nachdenken. Der Mensch weiß um seinen Tod. Dieses Wissen um den Tod hat viele Facetten: von der vorbewußten Todesgewißheit jedes einzelnen Menschen über ein bewußtes Leben als „Sein zum Tode“ bis hin zum Tode des einen und der vielen anderen Menschen, die Teil des je eigenen Lebens sind. Nicht nur jeder Mensch, auch jede Zeit beschäftigt sich in eigener

Weise mit Sterben und Tod. Und offenbar werden diese Themen wieder neu gegenwärtig: der Tod scheint derart an die Seite geschoben, daß unsere Zeit sich seiner auf neue Art vergewissern muß.

Offenbar ist, daß ein solches universales Thema in den folgenden Zeiten nicht einmal in Stichworten vollständig angesprochen werden könnte. Auch die Kürzungen, die das Thema „Frau und Tod“ in einer (medizin-)historischen Betrachtung zu erlauben scheint, würden dafür nicht ausreichen. Gesetzt den Fall, das Thema ist zeitgeistlich aufgewertet, vielleicht sogar modisch verzerrt – könnte es dann nicht helfen, grassierende Meinungen im Lichte historischer Tatsachen zu prüfen und so gleichsam von außen her den wahrscheinlichen Dimensionen des Gegenstandes nachzuspüren? Hierzu liefert die Medizinhistorie, eine breiter verstandene Sozialgeschichte der Medizin zumal,



Abb. 1. Hans Sebald Beham „Der Tod und das schlafende Weib“, Kupferstich, 1548

tatsächlich einige Hinweise. Wie alt – so wäre etwa zu fragen – wurden die Frauen in der Geschichte? Woran starben sie? Und starben Frauen wirklich so häufig im Kindbett? Wie sahen Lebensalter, wie sahen häufige Todesursachen der Frauen im Vergleich zu Männern, im Vergleich zu Kindern aus? Was folgte möglicherweise aus diesen Unterschieden, etwa für die Frage, unter welchen Umständen und mit welchen Folgen die Frauen dem Tod begegneten? Wasschließlich folgt aus dem historischen Wandel für die Frauen heute?

Wie also stellt sich – so soll zunächst erörtert werden – „Frau und Tod“ in einer Medizingeschichte dar, die auf die demographischen und epidemiologischen Grundlagen des Geschehens achtet? Wie – so wird dann in einer Art historischen Vergleichs gefragt – stellt sich die Situation heute dar? Abschließend kann erörtert werden, was aus diesen Ergebnissen für die sozialmedizinischen Grundlagen des Themas „Frau und Tod“ folgt. In der abschließenden Diskussion sei zumindest angedeutet, wie die aktuellen Versuche einzuordnen sind, sich dem Thema „Sterben und Tod“ zu stellen, und was daraus für die Medizin folgt.



Abb. 2. Jacques-Antony Chovin nach Matthäus Merian d. Ä. „Der Tod und die Frau des Malers“, Kupferstich aus der in Buchform erschienenen Folge „Todten-Tanz, wie derselbe in der löbl. u. Weltberühmten Stadt Basel . . .“, Basel 1744 (Merians Kupferstichfolge entstand 1649)



„Nimm mir mein Kind! was soll ich dafür geben?  
Nimm Alles hin, nimm lieber doch mein Leben!“  
Was mir gefällt, das ist und bleibt mein Eigen;  
Doch klage nicht, heiß' deinen Jammer schweigen;  
Ich trag's in einen wunderschönen Garten,  
Wo Gottes Engellein es schon erwarten.

Abb. 3. Franz Graf von Pocci „Der Tod als Kindsmörderin“, Holzschnitt, Blatt 2 der Folge „Todtentanz in Bildern und Sprüchen“, München 1862

### Frau und Tod in der historischen Demographie und Epidemiologie der Neuzeit

In Deutschland haben Frauen heute bei der Geburt eine durchschnittliche Lebenserwartung von 78,7 Jahren, Männer von 72,2 Jahren [2]. Bei der Gründung des Deutschen Reiches 1871 betrug diese für Frauen 38 und für Männer 36 Jahre – also ungefähr die Hälfte der heutigen Lebensspanne. Wiederum ca. 120 Jahre früher lag die Lebenserwartung für Frauen bei 35, für Männer bei 31 Jahren. Und wiederum 120 Jahre früher – in den Jahren 1600 bis 1650 – lag die Lebenserwartung für Frauen bei 25 Jahren, für Männer bei 24 Jahren. Im Gegensatz zur Lebenserwartung bei der Geburt hat sich die Lebenserwartung alter Menschen in der Zeit von 1600 bis 1970 nur wenig geändert. Sie lag für 80jährige Menschen bei ungefähr fünf Jahren. Auch hier hatten die Frauen eine längere Lebenserwartung als die Männer.

Die historischen Zahlen [6] legen eine Reihe von Schlüssen nahe. Der erste ist, daß die mittlere maximale Lebensdauer im Verlauf der letzten

Jahrhunderte kaum zugenommen hat: sie dürfte bei 85 Jahren liegen. Daraus folgt zugleich, daß die gesteigerte Lebenserwartung nicht auf eine generell erhöhte Lebenszeit zurückzuführen ist. Vielmehr erreichen immer mehr Menschen ihre vorgegebene, ihre „natürliche“ Lebensspanne. Desweiteren liegt auf der Hand, daß die Steigerung der Lebenserwartung ein Ergebnis des Zivilisierungs- und Industrialisierungsprozesses vornehmlich der letzten 100 Jahre ist. Unser „un-natürliches“ Leben in „un-natürlicher“ Umgebung währt im Durchschnitt nahezu dreimal so lange wie das vielbeschworene „natürliche“ Leben in „natürlicher“ Umgebung.

Der fundamentale Wandel in der Lebenserwartung der Menschen ging mit einem ebenso fundamentalen Wandel der häufigsten Todesursachen einher. Nach dem Modell des „epidemiologischen Übergangs“ [15] verursachte in der vormodernen Zeit die apokalyptische Trias „Pest, Hunger, Krieg“ extreme Schwankungen einer bereits hohen Sterblichkeit. Das Durchschnittsalter lag unter 40 Jahren. Die zweite Phase war die Zeit, in der die großen Epidemien zurückgin-



Geh ruhig an deine Arbeit/ich werde dein Krankenstübchen schon besorgen

Abb. 4. Hans Gabriel Jentsch „Der Krankenwärter“, Holzschnitt, Blatt 2 der Folge „Ein neuer Totentanz in achtzehn Bildern“, Stuttgart 1904

gen. Die Sterblichkeit sank allmählich. Das Durchschnittsalter stieg auf 50 Jahre. Die dritte Phase schließlich ist das Zeitalter der degenerativen, mit der industriellen Zivilisation einhergehenden Krankheiten. Dieser bekannte „Wandel des Krankheitspanoramas“ von den infektiösen zu den chronisch-degenerativen Todesursachen zeichnete sich in Deutschland zwar schon im frühen 20. Jahrhundert ab, bestimmt aber erst in den letzten Jahrzehnten Morbidität und Mortalität.

Das Modell des „epidemiologischen Übergangs“ wird dann aussagekräftiger, wenn die rohe Sterbeziffer differenziert wird – beispielsweise nach Alter und Geschlecht sowie nach den Todesursachen. Festzuhalten ist zunächst, daß der Wandel der Sterblichkeit vor allem auf die sinkende Sterblichkeit der am meisten gefährdeten Gruppe zurückzuführen ist. Es waren dies Säuglinge und Kleinkinder. Mit Beginn der Industrialisierung, also nach etwa 1860, fielen Säuglinge und Kleinkinder vor allem banalen Infektionen des Magen-Darm-Traktes und der Atemwege zum Opfer. Diese Todesursachen überwogen bei weitem die Gewinne an Überlebenschancen, die durch die Pockenschutzimpfung zu Beginn

des 19. Jahrhunderts erzielt worden waren.

Der Anteil einzelner Todesursachen an der Gesamtsterblichkeit verweist auf die vordringlichen Gefahren für Leib und Leben. So machten in Preußen in der Zeit von 1816 bis 1874 – also in der Zeit hoher Sterblichkeit – akute und chronische innere Krankheiten sowie Blut-, Stick- und Schlagfluß mehr als drei Viertel der Todesursachen aus. Der Anteil der Müttersterblichkeit an der Gesamtsterblichkeit der Frauen lag zunächst bei ca. 1,5 (!) %, um allmählich auf 1 % zu sinken.

Die folgenden Jahre 1876 bis 1910 sind die Jahre des großen Sterblichkeitsrückganges. Die Sterblichkeit nahm um annähernd ein Drittel ab – wesentlich bedingt durch den enormen Rückgang der Säuglingssterblichkeit. Die Krankheiten der Schwangerschaft und des Wochenbettes konnten sich gemäß ihres niedrigen Anteils nur gering auf die Abnahme der Gesamtsterblichkeit auswirken.

Die Lebensjahre, die Frauen in der Zeit von 1910 bis 1972 gewannen, sind zu mehr als 50 % auf den Rückgang der Krankheiten der Verdauungsorgane, der Tuberkulose der Atmungsorgane und akuter Infektionskrankheiten zurückzuführen. Krankheiten der Schwangerschaft und des Wochenbetts wirkten sich zu weniger als 2 % aus. Die Jahrzehnte nach dem Ersten Weltkrieg sind diejenigen, in denen die infektiösen Krankheiten endgültig von den chronisch-degenerativen Erkrankungen als vorherrschenden Todesursachen abgelöst wurden – und zwar auf einem niedrigen Niveau der Sterblichkeit bei einer hohen durchschnittlichen Lebenserwartung.

Was ist nun aus diesen trockenen Zahlen für das Thema „Frau und Tod“ zu schließen? Selbstverständlich waren Sterblichkeit und Lebenserwartung der Frauen in die allgemeine Entwicklung von Geburt und Tod, Gesundheit und Krankheit eingebunden. Über die gesamte bekannte Zeit war indes die Lebenserwartung der Frauen größer, ihr Sterblichkeitsrisiko geringer als das der Männer. Die wesentliche Gefährdung lag auch für die Frauen im Säuglings- und Kleinkind-

alter. Das Sterberisiko der Frauen durch Schwangerschaft und Geburt ist erheblich geringer anzusetzen, als nach dem überkommenen historischen Bild zu erwarten wäre.

Gleichwohl ist für die Zeit der Industrialisierung zu beobachten, daß 25- bis 40jährige Frauen bis ca. 1880 ein gegenüber den Männern erhöhtes Sterberisiko hatten. Diese „Übersterblichkeit verheirateter Frauen im fruchtbaren Alter“ [4] hat Ursachen, die vor allen Dingen auf die unendlichen Mühen der verheirateten Frauen als Ehefrau, als vielfache Gebärerin und mehrfache Mutter, als Hausfrau, Wäscherin und Gehilfin in Gewerbe oder Bauernhof zurückzuführen sind. Anlaß war in agrarischen Gebieten die intensivierete Landwirtschaft – die in erheblichem Umfang zu Frauen- und Kinderarbeit führte – und in den Städten die wachsenden Arbeiten der Frauen im Haushalt.

Historisch betrachtet bestimmte der Tod der Frauen im Wochenbett nicht das Bild von „Frau und Tod“. Anzunehmen ist allerdings, daß bis ins späte 19. Jahrhundert hinein Ehefrauen und Mütter ihre Lebenskraft in andauernder Arbeit vorschnell erschöpften.

### Frau und Tod in der aktuellen Demographie und Epidemiologie

Was der demographische Wandel über die reinen Zahlen hinaus bedeutet, hat Arthur E. Imhof in den Titeln seiner Bücher treffend ausgedrückt: „Die gewonnenen Jahre. (...)“ und „Von der unsicheren zur sicheren Lebenszeit“ kennzeichnen die Tatsache, daß alle Menschen in Industriegesellschaften einen weiteren Lebensabschnitt hinzugewonnen haben [5]. Dies wird in besonderer Weise im Lebenszyklus der Frauen deutlich: nach Kindheit und Jugend, nach Ehe und Aufzucht der Kinder folgt nicht bloß – wenn überhaupt – ein nur kurzes Alter. Vielmehr folgt mit ziemlicher Sicherheit ein weiterer Lebensabschnitt von nochmals mindestens 25 Jahren.

Sind die Menschen auf diesen dritten Lebensabschnitt vorbereitet? Können die Menschen selbst, kann die



Abb. 5. Edvard Munch „Das Mädchen und der Tod“, Kaltnadelradierung, 1984

Abb. 6. Edvard Munch „Todeskuß“, Lithographie, 1899

Gesellschaft damit umgehen? Imhof fährt in seinem Titel fort: „Die gewonnen Jahre. Von der Zunahme unserer Lebensspanne seit dreihundert Jahren oder von der Notwendigkeit einer neuen Einstellung zu Leben und Sterben“, um jüngst zu fragen: „Leben wir zu lange?“ [8].

Tatsächlich zeigt die Lebenserwartung der letzten 20 (!) Jahre dramatische Entwicklungen. Erstmals in der Geschichte haben seit Beginn der 70er Jahre Neugeborene eine größere Lebenserwartung als Einjährige. 1989 starben pro 100 000 Lebendgeborene 5,3 Mütter und 7,5 Säuglinge. Heute geben Gynäkologen eine 100%ige Überlebensgarantie für jedes Kind, das in einer Klinik geboren wird (Symposium Lutwin Beck, 65 Jahre). Die sich daraus möglicherweise ergebenden menschlichen wie medizinisch-ethischen Probleme für die Perinatalmedizin im weiteren Sinne sind bekannt. Des weiteren ist, zwar über die letzten Jahrzehnte verteilt, besonders deutlich aber in den letzten beiden Dezennien, die Lebenserwartung der 80jährigen auf heute über sechs Jahre für Männer und 7,5 Jahre für Frauen angewachsen [2]. Auch diese Entwicklung ist auf eine intensive medizinische Versorgung zurückzuführen, auch diese Entwicklung zeitigt durchaus problematische Folgen.

Lebenssicherheit, Überlebenssicherheit und damit der Anteil alter Menschen beiderlei Geschlechts an der Bevölkerung werden weiter zu-

nehmen: 1987 waren 20% aller Menschen über 60 Jahre, im Jahre 2000 werden es über 25% sein. Zu dieser vielbeschworenen „Überalterung“ tragen wiederum die Frauen in besonderer Weise bei. Denn unter den alten Menschen verschieben historische Ereignisse, wie etwa die in den Kriegen gefallenen Männer, und die immer längere Lebenserwartung der Frauen das Geschlechtsverhältnis dramatisch: 1988 gab es in der Altersgruppe der über 65jährigen Menschen fast doppelt so viele Frauen (19,5%) wie Männer (10,9%). Diese Differenz nimmt bei steigendem Alter nochmals drastisch zu.

Soweit es ihre durchschnittlich erwartbare Todesursache und ihr Todesalter betrifft, werden die tatsächlichen Gefahren für Frauen heute dann deutlich, wenn nicht die rohe Lebenserwartung, sondern das mittlere Sterbealter für bestimmte Krankheiten betrachtet wird<sup>1</sup>. Bereits in den frühen 80er Jahren lag das mittlere Sterbealter von Frauen, die an Herzkrankheiten (ICD 401-405, 410-414, 415-417, 420-429) starben, bei 81,9 Jahren, von Frauen, die an Hirngefäßkrankheiten (ICD 430-438) starben, bei 82,4 Jahren. Diese Todesursachen erfassen in dieser Altersgruppe drei Viertel aller Tode. Die letzten Aussagen könnten nicht frappierender sein: Wenn alle Frauen an den modernen „Killern“

schlechthin, an den kardio-vaskulären Krankheiten also, sterben würden, würde sich ihre an sich bereits hohe Lebenserwartung auf einen Schlag nochmals um mindestens drei, heute vermutlich um vier Jahre erhöhen. Die Frage, was dies für die Schwerpunkte der aktuellen Prävention eigentlich bedeutet, sei nur angedeutet.

Wichtiger ist hier die Frage, an welcher Krankheit Frauen um so viele Jahre früher sterben, als es ihrem mittleren Sterbealter für kardiovaskuläre Krankheiten entspricht. Dies ist einmal auf die gegenüber den Männern insgesamt höhere Mortalität an Krebserkrankungen zurückzuführen. Des weiteren liegt das mittlere Sterbealter bei Krebserkrankungen (ICD 140-208) für Frauen niedriger (66 Jahre) als für Männer (69 Jahre). Noch niedriger liegt das mittlere Sterbealter bei geschlechtsspezifischen Tumoren. So waren Frauen, die an Brustkrebs (ICD 174) starben, im Mittel erst 61,5 Jahre alt.

### Die demographisch-epidemiologische Verdrängung des Todes

Im Laufe der letzten Jahrhunderte ist der Tod tatsächlich in nachgerade unglaublicher Form „verdrängt“ worden. Aus den wenigen historisch-demographischen Hinweisen (1. Abschnitt) ergibt sich der folgende Schluß. „Frau und Tod“ war für die Frauen zunächst der Tod des anderen: zu allererst und vor allen Dingen der Tod ihrer Kinder. In der bewundernswerten „Geschichte des privaten Lebens“ [1] heißt es: Die Mütter „trauerten ihr ganzes Leben um die Kinder, die sie verloren hatten“. Vor der Frau starb der (Ehe-)Mann oder – falls die unverheiratete Frau in der Familie lebte – andere männliche Angehörige. Die „Geschichte des privaten Lebens“ zeigt kaum ein Familienbild, auf dem nicht (erheblich) mehr (alte) Frauen als Männer zu sehen sind. „Da viele Männer jung starben, blieben die Frauen der Familie allein zurück und wachten treu über das Andenken der Toten“ [1].

Die Frauen waren diejenigen, die – wenngleich dies durchaus in einer Familie, einer Gemeinschaft geschehen

<sup>1</sup> Leider liegen für diese komplizierte Betrachtung nur ältere Statistiken vor; vgl. [9]

konnte – einem einsamen, gefährdeten, wohl auch armen Leben im Alter entgegesehen.

Die wenigen aktuellen Daten (2. Abschnitt) offenbaren einen dramatischen Wandel. Fundamental geändert hat sich das Verhältnis der Frauen zum Tod ihrer Kinder. Kinder überleben heute mit großer Sicherheit und sterben nach ihren Eltern. Die immer sichereren Überlebenschancen der Kinder wandelten die Einstellung der Frauen nicht nur zu ihren Kindern, sondern auch zur Medizin fundamental. Dies ist ein Thema, das besonders der feministischen Geschichtsschreibung ein Greuel ist: die Hilfsangebote „männlicher Medizin“ gegenüber gebärenden Frauen gelten hier als das paradigmatische „Gewaltverhältnis“ [3].

Jacques Gélis kommt in seiner Geschichte der Geburtshilfe zu anderen Ergebnissen.<sup>[17]</sup> Die weise Frau, die „matrone“ der traditionellen Gesellschaft wurde seit dem 16. Jahrhundert durch die Hebamme, die „sage-femme“, ersetzt. Die Hebammen wurden durch Ärzte ausgebildet und überwacht. Diese Tätigkeit der Ärzte festigte die Rolle des männlichen Geburtshelfers, des „accoucheur“. Der Übergang von der „sage-femme“ zum „accoucheur“ kennzeichnet nach Gélis einen entscheidenden Wendepunkt in der Geschichte der Frauen. Er ging mit einem Wandel in der Deutung des Lebens und der Welt einher. Nicht mehr der endlose Lebenszyklus schrieb den Frauen und ihren leidenden Leibern ihre unausweichliche, fatale Rolle als Gebälerin und Mutter zu, sondern der Wunsch nach Kindern, die Liebe zu und die Liebe von Kindern. Die „Medikalisierung der Geburt“ wurde – so jedenfalls Gélis – von den Frauen mitgetragen und eingefordert.

Die Überlebenschancen von Kindern und älteren Menschen wirken sich in ebenso fundamentaler Weise auf den „dritten Lebensabschnitt“ der Frauen aus. Bei durchschnittlich weniger als zwei Kindern pro Ehe sind Frauen bei der Geburt des zweiten Kindes heutzutage ungefähr 28 Jahre alt. Gesetzt, das jüngere Kind verlasse mit 20 Jahren das Haus, blicken Frauen in einem Alter von ca. 48 Jahre



Abb. 7. Käthe Kollwitz, „Tod packt eine Frau“, Lithographie, 1934, Blatt 4 der Folge „Tod“, 1934–1937



Abb. 8. Käthe Kollwitz, „Tod und Frau“, Radierung, 1910

noch mindestens 32 weiteren Lebensjahren entgegen. Allein diese Zahl zeigt, daß Frauen in den Industriegesellschaften aus dem Schatten ihres Leibes und des ihnen zugeschriebenen Schicksals als Gebälerin und Mutter treten – und treten müssen. Die Frauen haben sich auf ein Leben einzurichten, in dem Geburt und Aufzucht der Kinder zwar bedeutende, aber begrenzte Passagen darstellen. Die Frauen können sich heute gewissermaßen nicht mehr durch ihre Kinder, sondern nur durch sich selbst verwirklichen. Es ist evident, daß hier die aktuellen Konflikte um eine neue Aufteilung von Lebenschancen und Rollen zwischen Männern und Frauen ihren Grund finden.

Wenngleich historisch vorgezeichnet, ist auch der Wandel für Frauen im Alter bedeutend. Soweit es sich zurückverfolgen läßt, waren die Frauen diejenigen, die „übrig blieben“, die einem gefährdeten Leben im Alter entgegesehen. Die an sich schon überalterten (Industrie-)Gesellschaften der Zukunft werden in noch stärkerem Maße eine Gesellschaft alter Frauen sein. Und wenn alte Frauen früher in der Familie, in der Gemeinschaft leben konnten, so wird dies heute immer unwahrscheinlicher. Die Zahl der Kinder pro Familie hat drastisch abgenommen. Die Forderungen an die wenigen, dann selbst bereits älteren Kinder, ihre alten und sehr al-

ten Eltern zu pflegen, können in die physische und psychische Erschöpfung führen. Auch dieses Schicksal trifft – auf Seiten der Pflegenden wie der Gepflegten – vorwiegend Frauen. Indes, das sog. „Töchter-Pflegepotential“ schrumpft dramatisch [13].

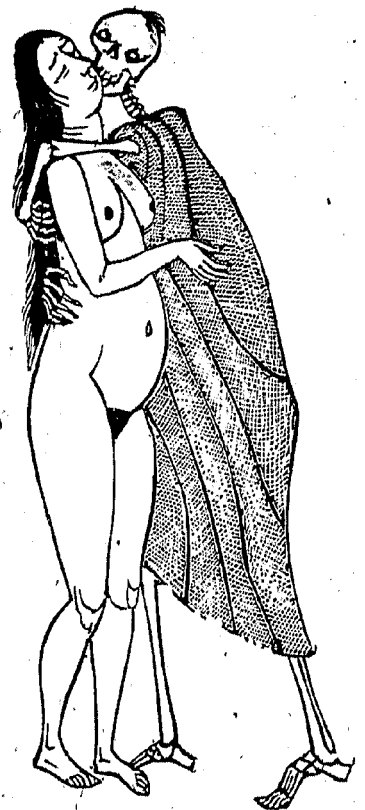


Abb. 9. Gerhard Marcks, „Schwangere und Tod“, Holzschnitt, 1959



Abb. 10. Horst Janssen „Liebesszene (Tod und Mädchen)“, Radierung, 1983

Das „Ehemänner-Pflegepotential“ sinkt in Relation zur Übersterblichkeit der Männer – die überdies traditionsgemäß älter als ihre Ehefrauen sind. Das Verhältnis von Männern zu Frauen, die mit 65 Jahren und älter ohne Ehepartner lebten, lag bereits 1985 bei 1 zu 7,5 zuungunsten der Frauen. Einpersonenhaushalte, davon ca. zwei Drittel Frauen, nehmen drastisch zu. Und als letztes: die durchschnittliche Hinterbliebenenrente aus der Arbeiterrentenversicherung lag 1988 bei 766 DM, aus der Angestelltenrentenversicherung bei 1.066 DM. Dies hat zur Folge, daß von 100 Männern über 65 Jahren 10, von 100 Frauen über 65 Jahren 20 Sozialhilfe erhalten.

## Zusammenfassung und Diskussion

Wie der Tod in immer höhere Lebensalter verdrängt worden ist und wie dies in besonderer Weise das Leben der Frauen verändert hat, ist nunmehr zumindest angedeutet. Ist darüber hinaus „das Thema ‚Sterben und Tod‘ in der Gesellschaft tabuisiert“ – so jedenfalls lautete der eingangs zitierte Satz. Müßte, so lautete die Gegenfrage, es nicht eher heißen: „Warum wird ausgerechnet in unserer Zeit das Thema ‚Sterben und Tod‘ so häufig disku-

tiert?“ Das Problem, vor dem unsere Zeit in dieser Frage steht, beruht offensichtlich darauf, daß das Leben zwar nie länger und sicherer war als heute, aber trotzdem – oder vielleicht eben deshalb – scheint die Frage nach dem Sinn des Todes immer dringlicher.

Gibt es, so könnte man auch fragen, in unserer Gesellschaft überhaupt die Möglichkeit, dem Tod einen Sinn zu verleihen, der über die je individuelle Deutung des Todes hinausgeht. Die Frage könnte auch lauten: Welche Möglichkeiten läßt die rationale Welt der Moderne dem Einzelnen, über seine eigenen – sei es religiösen, sei es weltanschaulichen – Entscheidungen hinaus verbindliche Sinnsetzungen des Todes zu finden?<sup>2</sup> Denn nur so scheint es möglich, Sterben und Tod sowohl im subjektiven Erleben als auch in seinen objektiven Umständen Würde zu verleihen. Hier ist zu beachten, daß zwar die Zahl der Menschen, die im Krankenhaus sterben, sinkt: sie liegt heute bei ca. 50%. Dafür steigt aber die Zahl der Menschen, die in Heimen sterben. Heute dürfte – bei sinkender Tendenz – wohl nur noch jedem vierten beschieden sein, „zu Hause“ zu sterben. Sterben und Tod verschwinden mithin aus der Familie, aus dem Alltagsleben in Krankenhäuser und Heime. Die Menschen, die das Sterben begleiten, dürften weniger Verwandte als bestenfalls Bekannte sein. Ärztinnen und Ärzte, insbesondere aber Schwestern und Pfleger sind dadurch in besonderer Weise herausgefordert.

Die angedeuteten Entwicklungen berühren nicht nur Ärzteschaft und Krankenpflege. Sie haben erhebliche Konsequenzen für den Sozialstaat allgemein wie für die Medizin im besonderen. Die Medizin ist historisch wie aktuell die herausragende Disziplin moderner, wissenschaftlich-technischer Weltbeherrschung. Denn medizinisches Wissen, medizinische Technik, ärztliches Handeln richten sich unmittelbar auf die Körper der Men-

schen. Eben hier zeigt sich die besondere Qualität der Medizin. Denn durch die jeweilige Deutung von Gesundheit wird die leibliche Existenz der Menschen in die Wertvorstellungen einer Gesellschaft eingeordnet. Die Medizin der Moderne wirkt mithin auf elementare Grundtatsachen menschlicher Existenz [10].

Über ihre besondere Wesensart hinaus ist die Medizin auch im Kanon der Wissenschaften eine einzigartige Disziplin. Sie umfaßt das gesamte Spektrum von den theoretischen Grundlagenwissenschaften bis zur alltäglichen medizinischen Praxis, von den (labor-)wissenschaftlichen Grundlagen von Gesundheit und Krankheit bis zum Heilen des Kranken, zum Betreuen des Leidenden, zur Hilfe für den Sterbenden. Die Medizin umfaßt mithin ebenso medizinische Wissenschaft wie ärztliches Handeln, „Heil-Kunde“ wie „Heil-Kunst“ [10].

Hier ergibt sich ein wesentliches Dilemma der modernen Medizin. Zum einen liegt es in der Eigenart der Medizin der Moderne, daß in dem wahrhaft umfassenden Spektrum von Heilkunde und Heilkunst die Seite der Wissenschaft stets vorangestellt worden ist. Zum anderen ist offenkundig, daß die moderne Medizin nicht nur in vielfältiger Form an den hier geschilderten demographischen und epidemiologischen Entwicklungen teilhatte. Vielmehr schafft die heutige hochtechnisierte Medizin neue und in dieser Form unvorhersehbare Probleme – beispielsweise in der Reproduktionsmedizin, der Perinatalmedizin oder in der Geriatrie. Hier ist die Frage zu stellen, ob die medizinische Praxis, ob die Heilkunst der rasanten Entwicklung der Heilkunde angemessen gefolgt ist.

Dies gilt in besonderer Weise für den Tod. Der Tod stellt für die moderne Medizin eine extreme Herausforderung dar. Für die wissenschaftlich-technische Seite der Medizin ist der Tod der schlagende Beweis ihres Scheiterns. Dies gilt aber keinesfalls für die Seite des ärztlichen Handelns. Die Praxis der Medizin vollzieht sich im Leben der Menschen. Als solche nimmt die Medizin auch am Sterben der Menschen (An-)teil. Deshalb muß

<sup>2</sup> Um diese Fragen nachvollziehbar ansprechen zu können, verweise ich ausdrücklich auf die ebenso klaren wie unerbittlichen Gedanken von Armin Nassehi und Georg Weber [12] sowie von Johannes Weiss [17]

die Praxis der Medizin, muß die Heilkunst, – wieder – mit dem Tod angemessen umzugehen lernen.

Für Rat und Hilfe danke ich Susanne Görner, Carmen Götz, Eva Schuster und Jörg Vögele, alle Medizinhistorisches Institut der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

**Literatur**

1. Aries P, Duby G (Hrsg) (1992) Geschichte des privaten Lebens. Bd 4: Von der Revolution zum Großen Krieg (Hrsg. von M. Perrot) Frankfurt a. M:
2. Daten des Gesundheitswesens (1991) (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd.3). Baden-Baden 1991
3. Frevert U (1982) Frauen und Ärzte im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert – zur Sozialgeschichte eines Gewaltverhältnisses. In: Kuhn A, Rüsen J (Hrsg) Frauen in der Geschichte, II. Düsseldorf, S 177–210
4. Imhof AE (1979) Die Übersterblichkeit verheirateter Frauen im fruchtbaren Alter. Eine Illustration der ‚condition feminine‘ im 19. Jahrhundert. In: Z Bevölkerungswissenschaft 5:487–510
5. Imhof AE (1981) Die gewonnenen Jahre. Von der Zunahme unserer Lebensspanne seit dreihundert Jahren oder von der Notwendigkeit einer neuen Einstellung zu Leben und Sterben. Ein historischer Essay. München
6. Imhof AE (1988) Von der unsicheren zur sicheren Lebenszeit. 5 historisch-demographische Studien. Darmstadt
7. Imhof AE (1990) Lebenserwartungen in Deutschland vom 17. bis 19. Jahrhundert. Weinheim
8. Imhof AE (Hrsg) (1992) Leben wir zu lange? Die Zunahme unserer Lebensspanne seit 300 Jahren – und die Folgen. Köln
9. Junge B (1984) Sterbefälle oder Sterbeziffern? Wie die Sterblichkeit gemessen wird. Dtsch Arzt 34:29–33
10. Labisch A, (1992) Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt a. M.
11. Labisch A (1992) Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Zum Wesen ärztlichen Handelns in der Moderne. Dtsch Krankenpflege – Zeitschrift 45: 816–825
12. Nassehi A, Weber G (1989) Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung. Opladen
13. Rückert W (1988) Die demographische Herausforderung an die Altenhilfe. In: Braun H et al. (Hrsg) Qualitätssicherung, Beratung, Soziale Rehabilitation (Kasseler Gerontologische Schriften, 5). Kassel S 31–35
14. Schuster E (Hrsg) (1992) Das Bild vom Tod. Graphiksammlung der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Recklinghausen
15. Spree R (1992) Der Rückzug des Todes. Der epidemiologische Übergang in Deutschland während des 19. und 20. Jahrhunderts (Konstanzer Universitätsreden 186). Konstanz
16. Die Waage 30 (Nr.3) (1991) Die Totentanz-Sammlung der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
17. Weiss J (1992) Der Fortschritt und der Tod. In: Schuster (Hrsg) Das Bild vom Tod. Recklinghausen, S 57–60
18. Gélis J (1988) La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie, Paris

Prof. Dr. med. Dr. phil. A. Labisch, M. A.  
 Institut für Geschichte der Medizin  
 Heinrich-Heine-Universität  
 Moorenstraße 5  
 D-4000 Düsseldorf 1