

3. Das lange Sterben und die Privatisierung der Ambivalenz

Auch wenn das Sterben mit einer schwerlich zu leugnenden Evidenz einhergeht, ist es Gegenstand diverser Debatten und Kontroversen, die auf unterschiedliche Aspekte des Phänomens rekurrieren. So wird bspw. seine körperliche Dimension beleuchtet, wenn in medizinischen und sozialwissenschaftlichen Analysen Ursachen des Ablebens zugeschrieben, kategorisiert und historisch differenziert werden. Daneben stehen lebensweltliche Konsequenzen des Dahinscheidens zur Diskussion, wenn es als folgenreicher Bestandteil der sozialen Welt perspektiviert wird. Geisteswissenschaftlichen Perspektiven auf das Sterben, die für den vorliegenden Argumentationszusammenhang bedeutsam sind, soll in diesem Kapitel Raum gegeben werden. Dabei steht nicht der Forschungsstand im Vordergrund, sondern vielmehr eine Einbettung der Forschungsfrage in einen gesamtgesellschaftlichen, historischen Zusammenhang. Was zeichnet das zeitgenössische Sterben aus? Welchen Herausforderungen begegnet die Hospizbewegung? Was lässt sich soziologisch informiert über den Zusammenhang zwischen Sterben und Sterbebegleitung aussagen? Und welche Aussagen stehen insbesondere der Soziologie überhaupt zu, die sich Expertise im Deutungskampf um die theoretische Bewältigung des Lebensendes zunächst erarbeiten muss?

Das Kapitel beginnt mit dem Versuch, anhand statistischer Daten und sozialwissenschaftlicher Bestimmungsversuche ein Bild kontemporärer Sterbeverläufe zu zeichnen. Dabei scheint die Schwierigkeit auf, das Dahinscheiden definitiv auf den Begriff zu bringen. Ein Klärungsversuch wird im Anschluss vorgeschlagen und plausibilisiert. Daraufhin werden zeitgenössische Herausforderungen des Sterbens unter Zuhilfenahme von Modernitäts- bzw. Postmodernitätstheorien kontextualisiert. Schließlich wird die Hospizbewegung als gesellschaftliche Reaktion auf Formen und Bedingungen des gegenwärtigen Ablebens vorgestellt, um so den theoretischen und empirischen Rahmen abzustecken, in dem sich die vorliegenden ethnographischen Untersuchungen eines Hospizkurses verorten.

3.1 Sterben und Statistik

Die zeitgenössischen Selbstbeobachtungen von Gesellschaften gehen mit der Präferenz einher, als relevant bewertete Phänomene zu zählen und teilweise mathematisch in Beziehung zu setzen. Auf der Homepage des Statistischen Bundesamtes findet sich u.a. die Rubrik *Sterbefälle und Lebenserwartung*. Hier erfährt man, dass in Deutschland im Jahr 2019 939.500 Menschen gestorben sind und die durchschnittliche Lebenserwartung von neugeborenen männlichen Kindern bei 78,5 Jahren und neugeborenen weiblichen Kindern bei 83,3 Jahren liegt (vgl. Statistisches Bundesamt 2020a). Leben und Tod erscheinen auch in der amtlichen Statistik als zwei Seiten derselben Medaille. Die mathematisch rationalisierende Perspektive, die sich in numerischen Werten und dem Glauben an eine Berechenbarkeit des Lebens äußert, ist gleichsam die erste Erkenntnisvoraussetzung für die Phänomene, um die es im Folgenden quantitativ und qualitativ gehen soll: zeitgenössische Sterbeverläufe. Die Terminologie beinhaltet bereits das Postulat, bei dem Prozess des aktuellen Dahinscheidens handele es sich, makrosoziologisch betrachtet, um ein historisches Spezifikum. Nicht nur das Leben von Menschen erscheint so kulturell variabel, sondern ebenso ihr Ableben.

Ein Blick in die Rubrik *Todesursachen* gibt einen ersten Hinweis darauf, wie sich die Variabilität des Sterbens ausdifferenziert. Im Jahr 2018 wurden 36,2 % aller Sterbefälle auf kardiovaskuläre Erkrankungen zurückgeführt, 24,1 % auf bösartige Neubildungen und 7,5 % auf Krankheiten des Atmungssystems (vgl. Statistisches Bundesamt 2020b). Seuchenbildende Infektionserkrankungen, die noch im 19. Jahrhundert die erst allmählich angefochtene Spitze der Todesursachen darstellten (vgl. Spree 1998, S. 18; Imhof 1981, S. 19) oder Tierangriffe, die in Jäger- und Sammler-Gesellschaften u.a. das Überleben bedrohten (vgl. Kellehear 2007, S. 13), spielen derzeit, wenn überhaupt, nur noch eine marginale Rolle – zumindest in den westlichen Industrienationen^{1, 2}.

Sterbeursachen in Bezug auf die Sterblichkeit im historischen Verlauf zu untersuchen, hat in den Sozialwissenschaften eine, wenn auch randständige, Tradition. Im Rahmen des Modells des *epidemiologischen Übergangs* werden drei Phasen unterschieden: das vormoderne Zeitalter der Seuchen und Hungersnöte, das mit einer

1 Global betrachtet spielt allerdings eine Infektionserkrankung eine herausragende Rolle unter den Todesursachen: Aids (vgl. Kellehear 2007, S. 204). Laut der World Health Organization (2020b) gehört auch Tuberkulose zu den zehn häufigsten Todesursachen weltweit. Das zeigt, dass das Sterben nicht nur historisch variiert, sondern ebenso geographisch – u.a. aufgrund ungleicher Ressourcenverteilungen. In diesem Kapitel stehen aber die westlichen Industrienationen im Vordergrund, da die moderne Hospizbewegung ein Phänomen dieser Gesellschaften ist.

2 Seit 2019 stellt sich zudem die Frage, wie sich COVID-19 auf die Todesursachen statistisch auswirkt.

hohen Sterblichkeit einherging, das Zeitalter der rückläufigen großen Epidemien, das einen sinkenden Sterblichkeitstrend aufwies, und das heutige Zeitalter der degenerativen und gesellschaftlich verursachten Krankheiten, das mit einer Sterblichkeit auf einem niedrigen Niveau verbunden ist (vgl. Spree 1998, S. 11). Faktoren, die zu Häufigkeit und Form des kontemporären Ablebens führten, waren die Entwicklung von Industrien wie der Landwirtschaft, welche allmählich eine verlässliche Ernährung ermöglichten, die Verbesserung der medizinischen Versorgung (vgl. Schmied 1988, S. 28) und die Verbreitung von Gesundheitsmaßnahmen, die u.a. auf sauberes Trinkwasser und die Einführung der Kanalisation zielten (vgl. Kellehear 2017, S. 13).

Der historische Demograph Arthur E. Imhof (1988, S. 12) stellt heraus, dass die Menschen früherer Jahrhunderte von drei zum Tode führenden Geißeln geplagt wurden: Pest, Hunger und Krieg. Damit wird Gewalt als eine weitere kategoriale Ursache des Sterbens benannt. Laut Elias (2002, S. 52) hat sich aufgrund der Befriedung der Gesellschaft, die mit einer langfristigen Veränderung der Persönlichkeitsstruktur einherging, die Gefahr, einen gewaltsamen Tod zu sterben, signifikant verringert. Die Geschichte der Menschheit lässt sich auch als Historie des Ablebens schreiben, in der die Bedrohungen sich wandeln und das Sterben rückläufig ist – immer weniger Menschen werden geboren und sterben in einem höheren Lebensalter –, wobei diese These globale und innergesellschaftliche sozialstrukturelle Unterschiede (vgl. Feldmann 2010, S. 36ff.) vernachlässigt.³ Veränderungen des Sterbens und der Gesellschaft gehen Hand in Hand und beeinflussen die soziale Wirklichkeit. So ist der Eintritt des Todes berechenbar geworden – zumindest sprechen die Zahlen dafür, dass wir »mit unserer Geburtsurkunde praktisch eine Garantie für ein langes sicheres Leben von durchschnittlich siebzig, achtzig Jahren« (Imhof 1988, S. 12) bekommen. Die Vorhersehbarkeit des Lebens bezüglich seines Endes mag sich im Einzelfall als trügerisch erweisen und kann durch Kriege und/oder die Wiederkehr nicht kurierbarer Infektionserkrankungen erschüttert werden, scheint aber in Hinblick auf entsprechende Statistiken und die darin auffindbare Kategorie *vorzeitige Todesfälle* (vgl. Pfeffer 2005, S. 31) ein Grundpfeiler kontemporärer kollektiver Überzeugungen der sogenannten Ersten Welt zu sein.

Ein Merkmal des Sterbens vergangener Jahrhunderte war seine relativ eng begrenzte Dauer, meist handelte es sich um einen kurzen Prozess (vgl. Schmied 1988, S. 19ff.; Thieme 2019, S. 119). Mit dem Wandel der Todesursachen⁴ ging eine Ver-

3 Ist die Geschlechterdifferenz sowohl in wissenschaftlichen als auch weiteren öffentlichen Debatten oftmals Teil der Darstellung von Lebenswahrscheinlichkeiten, werden andere Zusammenhänge vor allem in akademischen Spezialdebatten verhandelt.

4 Hier wird eine vereinfachende und illustrative Darstellung der Statistik gewählt, die sich auf in der Literatur herausgearbeitete Trends und Tendenzen bezieht, welche in Auseinanderset-

längerung des Lebens und eine Verlagerung des Sterbens in ein hohes Alter einher. Nimmt man das spätere 19. Jahrhundert als Vergleichshorizont, hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung mehr als verdoppelt – 1871 betrug sie bei Männern aufgerundet 36 und bei Frauen 38 Jahre. Vor dem epidemiologischen Übergang war das Sterberisiko in jedem Alter relativ hoch, betraf aber vor allem Säuglinge und Kinder (vgl. Spree 1998, S. 5); inzwischen sind am stärksten ältere Personen vom Dahinscheiden betroffen. Für die mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Ableben führenden modernen Alterserkrankungen ist meist ein langwieriger und komplizierter Verlauf typisch. Laut des Robert-Koch-Instituts erkrankten im Jahr 2013 in Deutschland bspw. etwa 62.400 Menschen an Darmkrebs. 25.700 Betroffene starben noch im selben Jahr an der Erkrankung. 210.000 Patienten und Patientinnen lebten Ende 2013 mit einer fünf Jahre zurückliegenden Darmkrebsdiagnose, nur ein Viertel von ihnen war unter 65 Jahre alt (vgl. Barnes 2016, S. 28).

Ein weiteres Spezifikum moderner Alterserkrankungen ist Multimorbidität, die mit der Schwierigkeit eindeutiger Zuordnungen einhergeht und das Sterben mit ausdifferenzierten medizinischen Diagnosen assoziieren kann. Hier ist auch Demenz als Sammelbegriff für die die kognitiven Fähigkeiten einschränkende Erkrankungen zu nennen, welche typischerweise in einem fortgeschrittenen Alter auftreten und im Verbund mit anderen Pathologien die letzte Lebensphase mitprägen können. Laut der World Health Organization (2020a) sind schätzungsweise 50 Millionen Menschen weltweit von einer Demenz-Erkrankung betroffen. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft postuliert, dass 2018 1,7 Millionen Menschen in Deutschland mit diesem Krankheitstyp lebten (vgl. Bickel 2018). In der medizinischen Literatur herrscht Unklarheit darüber, ob dementielle Erkrankungen als unmittelbare Todesursache angesehen werden können (vgl. Förstl et al. 2012, S. 234), sie erhöhen aber die Sterblichkeit signifikant (ebd., S. 224) und können so als wie auch immer gearteter Bestandteil von Sterbeverläufen schwerlich ignoriert werden.

Die hier zitierten Statistiken, deren Zusammenstellung nicht den Anspruch erhebt, ein klares Bild modernen Sterbens zeichnen zu können, sondern eher Tendenzen und dabei auch Kategorisierungsschwierigkeiten aufzeigen soll, deuten darauf hin, dass kontemporäre Sterbeverläufe tendenziell in einem fortgeschrittenen Lebensalter beginnen, von Komplexität geprägt sind und sich zeitlich ausdehnen, bevor der Tod als Zustand und biologischer Verfallsprozess eintritt.

zung mit Daten entwickelt wurden, die interpretierbar sind, aber mit Ungenauigkeiten und Dechiffrierungsherausforderungen einhergehen. Das Todesursachenpanorama ist wesentlich komplexer als es die Zuordnung zu Großkategorien suggeriert. Reinhard Spree (1988) gewährt Einblicke in den Umgang mit historischen statistischen Daten und deren Interpretation.

3.2 Sterben und sein Verlauf in der Soziologie

In der sozialwissenschaftlichen Literatur haben Debatten über das *lange Sterben* Tradition. So untersuchen Glaser und Strauss (1974) bereits in den 1960er-Jahren das Ableben in Krankenhäusern und arbeiteten unterschiedliche Formen von Interaktionen zwischen Sterbenden und dem Krankenhauspersonal sowie damit verbundene Bewusstheitskontexte heraus. In einer Fallstudie verweisen die Autoren auf zwei Merkmale einer typischen Art des Dahinscheidens: Es zeichne sich durch seine lange Dauer aus und entwickle sich zögerlich, aber beständig abwärts (Strauss und Glaser 1977, S. 1). Diese in den Debatten wirkmächtige Typenbildung verhindert nicht, dass die konkrete Definition und Beschreibung kontemporärer Sterbeprozesse professionenübergreifend diskursiv umkämpft sind. Sucht die Medizin nach objektiven, am Körper ablesbaren Kriterien, um das Sterben als unzweifelhaften Zustand festzuschreiben, interessieren sich die Sozialwissenschaften vor allem für das Dahinscheiden als Interaktionsgeschehen, dessen Evidenz nicht *nur* leiblicher Natur ist, sondern kommunikative Konsequenzen zeitigt (vgl. Streckeisen 2018, S. 8). Die Identifikation des Sterbens als klare Zuordnung zu einer Kategorie, die sich durch das Merkmal der Unwideruflichkeit auszeichnet, ist – auch oder vielleicht gerade – in der Theorie ein komplexes Unterfangen. Wenn man die oben beschriebenen Todesursachen als Grundlage heranzieht, ist die Frage anschlussfähig, wie *krank sein* von *sterbend sein* abgegrenzt werden kann. Wann sind körperliche Funktionsverluste so weit fortgeschritten, dass das gesamte System existenziell bedroht ist? Die Bändigung des Sterbens über sein Erkennen macht Phasenmodelle prominent. Während bspw. die Palliativmedizin mit der Differenzierung von Rehabilitationsphase, Terminalphase und Finalphase operiert (vgl. Becker und Xander 2012, S. 124), wurde die Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross (2014) mit ihrer Einteilung in *Nichtwahrhaben wollen*, *Zorn*, *Verhandeln*, *Depression* und *Zustimmung* weltberühmt. Unabhängig davon, welche Prognosefähigkeit dem jeweiligen Kategoriensystem zugetraut werden kann oder welche anderen Funktionen es möglicherweise erfüllt, scheint das Erkennen des Sterbens sich erst post mortem Unbestimmtheiten zu entziehen – dann allerdings im Modus des Absoluten.

Eine soziologische Arbeit, die das Ableben thematisiert, kann das professionsgebundene Privileg in Anspruch nehmen, wissenschaftlich keine Rechenschaft über detaillierte körperliche Zusammenhänge ablegen zu müssen. Sie sollte aber die Frage diskutieren – und vielleicht auch empirisch operationalisieren –, welche sozialen Folgen das Sterben hat. Der britische Soziologe Allan Kellehear (2017, S. 15f.) stellt in seinem Artikel *Current social trends and challenges for the dying person* im Rahmen eines Gegenarguments zum unterstellten modernen Dahinscheiden in Organisationen fest, das zeitgenössische Sterben zeichne sich nicht nur durch seine Länge und seinen komplizierten Verlauf aus, sondern gehe darüber hinaus

mit einer spezifischen Konfrontation des Moribunden mit seinem Ableben einher, das durch medizinische Kategorisierungen nicht abbildbar sei. Für die meisten Menschen sei Sterben eine Veränderung ihrer Identität basierend auf dem Wissen, dass sie bald nicht mehr lebten. Sie beträten diesen psychologischen und sozialen Raum, sobald sie Annahmen darüber trafen oder ein Arzt ihnen eine Prognose eröffnete, wie viele Jahre oder Monate sie noch zu leben hätten. Genauso könnten ein Umzug in ein Pflegeheim, eine bevorstehende Exekution oder das Wissen, ein hohes Alter erreicht zu haben, mit dem Bewusstsein des eigenen Sterbens einhergehen. Der Prozess des Dahinscheidens könne so über Monate oder sogar Jahre erfahren werden. In einem soziologischen Kontext hänge die gefühlte Erfahrung des Sterbens nicht von einem bestimmten Stadium des biologischen Fortschreitens einer Erkrankung ab, das nur durch den medizinischen Blick definiert werde. Es sei vielmehr das persönliche Wissen über eine unheilbare Krankheit, das fortgeschrittene Alter oder ein Hinrichtungsdatum, das die Sterbeerfahrung definiere. Noch vor einem Jahrhundert sei das Sterben in Europa aufgrund von Infektionserkrankungen, späten Krebsdiagnosen u.Ä. oftmals kurz gewesen. Der medizinische Blick und der des Laien hätten sich in vielen Fällen entsprochen. Das sei so nicht mehr gegeben.

Dieser Argumentation folgend, sind zeitgenössische Sterbeerfahrungen nicht mit medizinischen Kategorisierungen und Merkmalsbestimmungen kongruent und können sich auch völlig unabhängig von ihnen vollziehen. Geht man von einer Sterbedefinition aus, welche das Ableben an das konkrete Wissen bzw. die erfahrungsbasierte Antizipation des Sterbens zurückbindet, ist die medizinische Diagnostik nur ein potenzieller Stein des Anstoßes, es in den Erfahrungshorizont zu integrieren. Soziologisch ist diese Perspektive eine Möglichkeit, sich der sozialen Erfahrung des Dahinscheidens zu nähern. Das Wissen um das eigene Sterben verändert die Identität des sich als sterbend Definierenden und seine Kommunikation mit anderen, die es teilen. Über Selbst- und Fremdzuschreibungen wird es zu einer Institution. So ist eine wissenssoziologische Gegenstandsbestimmung möglich: Institutionalisierung als Produkt von Habitualisierungs-, Typisierungs- und Objektivierungsprozessen (vgl. dazu Berger und Luckmann 2007, S. 56) macht das Sterben zu einem mit handlungsrelevanten Erwartungen durchsetzten Teil sozialer Wirklichkeit und grenzt die Phase des Übergangs in den Tod von anderen Bereichen ab. Der Begriff Institutionalisierung sagt diesem Verständnis nach nichts über spezifische zeitgenössische Orte des Dahinscheidens aus, genauso wenig bezieht er sich auf ein unterstelltes *Organisiertsein* des Sterbens, das professionelles Handeln in den Vordergrund rückt.⁵ Grundlage des hier entwickelten

5 Hubert Knoblauch und Arnold Zingerle (2005a, S. 22) wenden den Institutionalisierungs-begriff auch auf das zeitgenössische Sterben an, knüpfen aber an eine Tradition an, die Organisationen und mit Laien verhandeltes Expertenwissen zur lebensweltlichen Grundlage macht.

Institutionalisierungsbegriffs ist die Konfrontation des Sterbenden mit seinem Ableben und die damit einhergehenden Typisierungsprozesse, die nicht auf Expertenkommunikationen in Organisationen eingeführt werden. Das lange Sterben führt dazu, dass es sich eben nicht (nur) in Organisationen vollzieht. Am Ende von Sterbeprozessen können Krankenhäuser oder Pflegeheime zu signifikanten Räumen⁶ werden, hier spielt sich allerdings nur der letzte Teil der Erfahrung und des sozialen Aushandels ab. Die Herausforderung des langen Sterbens bringt Kellehear (2017) pointiert auf den Begriff »living-while-dying« (S. 11).

Die soziologische Stoßrichtung der hier skizzierten wissenssoziologischen Perspektive richtet sich auf das Sterben als einer Phase des als endend erfahrenen Lebens, die soziale Handlungsräume schafft. Damit gehen spezifische Herausforderungen einher, die erst sichtbar werden, wenn die Sterbeerfahrung weder biologisiert noch vorschnell einer Organisations- oder Expertenwirklichkeit zugerechnet wird. Bevor das kontemporäre Sterben hinsichtlich seiner Zumutungen problematisiert wird, soll aber zunächst die Arbeit an einer soziologischen Sterbedefinition vertieft werden.

3.3 Sterben als präexitales Produkt der Kultur

Sterben als Wissen um das Sterben zu definieren, geht mit einem blinden Fleck einher, der nicht dadurch aufgewogen werden kann, dass eine Veränderung in der sozialen Wirklichkeit beschreibbar wird: Der Signifikant bleibt leer. Wenn die Definition aber mit einer Konturierung des Sterbeprozesses als auch körperlich-leibliches Phänomen erweitert wird, kommt man dem Übergang in den Tod analytisch näher. In Auseinandersetzung mit den Ausführungen der Ethnologin Mira Menzfeld (2019), die sich gleichfalls auf Kellehear bezieht, kann Sterben als »Transformationsprozess« (S. 96) verstanden werden, der mit einer »Auflösung der Verbindung zwischen einer Person mitsamt ihren psychologischen und sozialen Kompetenzen« (ebd.) und des »an sie gebundenen Leibes« (ebd.) einhergeht. Damit verbunden sind eine »Statusveränderung« (ebd.) und eine »Readjustierung der Beziehungen

Genauso zeichnet Ursula Streckeisen (2001, S. 10) den Prozess der Institutionalisierung vor allem hinsichtlich des Entstehens von spezialisierten Einrichtungen und Expertenrollen sowie eines entsprechenden Wissensregimes nach. Desgleichen fokussieren die Publikationen von oder unter Beteiligung mit Armin Nassehi das Sterben vor allem unter organisationalen Bedingungen (vgl. u.a. Nassehi et al. 2019; Saake et al. 2019).

6 Laut einer Studie, die im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurde, ereigneten sich 2011 51,2 % der Sterbefälle in Krankenhäusern, 23 % im häuslichen Umfeld, 19 % in Pflegeheimen und 4,6 % in stationären Hospizen. Datengrundlage der Auswertung sind Todesbescheinigungen (vgl. Dasch et al. 2015).

zwischen der sterbenden Person und ihrem sozialen Umfeld.« (Ebd.). Dieser Prozess wird von dem Wissen um das eigene Sterben begleitet, welches die Erfahrung mithervorbringt. Verbindet man die wissenssoziologische mit der ethnologischen Annäherung an das Ableben, wird es als spezifisches Ereignis in der sozialen Welt nachvollziehbar, das mit einer Transition des Körpers nebst seinen mannigfaltigen Externalisierungsformen assoziiert ist.⁷ Sterben soll mit dieser Definition weder relativistisch als soziales Phantasma noch deterministisch als Zusammenbruch des autopoietischen Systems Körper missdeutet werden. Es soll vielmehr als spezifisches Phänomen erkennbar werden, das in der materialen und sozialen Welt einen Unterschied macht und sie mitgestaltet.

Diesem Versuch einer Gegenstandsbestimmung ist die Herausforderung eingeschrieben, dem gerecht zu werden, was Thorsten Benkel (2008) den subjektiven und den objektiven Tod nennt. Den Tod zeichnet einerseits eine kulturunabhängige Faktizität aus, die sich in der Objektivität des toten Körpers zeigt (vgl. ebd., S. 135). Welche Deutungen auch immer mit dieser Begebenheit einhergehen, die Leiche setzt sozialen Handlungsmöglichkeiten Grenzen. Die Umgangsweisen mit dem Tod sind dagegen zwar von Objektivierungen durchzogen, die die körperliche Faktizität quasi zu einer sozialen erklären, wenn tote Körper bspw. in westlichen Industrienationen formalisiert als Leiche deklariert werden oder Todesursachen anhand überindividueller Kriterien zugeschrieben werden, erscheinen aber als variabel und Ausdruck eines zutiefst subjektiven und individuellen Betroffenseins, welches sich eindeutigen Rahmungen und kulturellen Schemata beständig zu widersetzen scheint (vgl. ebd., S. 136). Dabei betrifft der Tod die Lebendenden, die sich darauf in mannigfaltiger Weise beziehen können.

Im Prozess des Sterbens wird das sterbende Subjekt ebenso Teil der Bedeutungskonstruktion wie seine soziale Umwelt. Hier ist das Verschlungensein von Objektivität und Subjektivität auch in der Erfahrung des Betroffenen relevant. Die körperliche Faktizität wird im Sterben mehr oder minder spürbar, tritt auf unterschiedlichen Ebenen in den Erfahrungshorizont ein und wird zu einer subjektiven Herausforderung, welche die Subjektivität selbst zum Gegenstand der Bedrohung macht. Sowohl die Subjektivität gerät an ihre Grenze als auch das Soziale, denn bevor die Einzigartigkeit des Sterbenden erlischt, stirbt er seinen einzigartigen Tod. In dieser Rolle kann er sich nicht vertreten lassen und ist auf der Erfahrungsebene in den Worten Soeffners (2007, S. 204) mit einer radikalen Neuheit konfrontiert. Eine soziologische Beschäftigung kann weder von der objektiven noch von der subjektiven Seite des Sterbens oder – je nach Gegenstandswahl – des Todes absehen.

7 Sowohl in den Sozialwissenschaften als auch in der Medizin existieren diverse Sterbedefinitionen, die aufgrund von Unschärfen und technischen Innovationen weniger absolut und unantastbar erscheinen, als es ihr Gegenstand vermuten lassen könnte (vgl. Schmied 1988, S. 13ff.; Becker und Xander 2012).

Sind Leben und Tod konstitutiv füreinander, sind es im Sterben Objektivität und Subjektivität. Während die Medizin das Sterben als Faktizität bearbeiten kann, steht die Soziologie m.E. vor der Herausforderung, es als Gegenstand in der Welt und im Erleben zu perspektivieren, um seinen sozialen Implikationen gerecht zu werden.

Benkel (2008) schreibt dem Tod entsprechend »die vollständige Rücknahme der individuellen Autonomie« (S. 132) zu. Sterben als dem Tod vorgeschalteter Prozess kann hieran anschließend als erfahrungsgebundene Antizipation des Autonomieverlusts gedeutet werden. Relevant ist dabei der Erfahrungsaspekt, die subjektive Seite der Endlichkeit. Nicht das theoretische Wissen um das Sterben ist als konstitutiv zu betrachten, sondern die erkenntnisgetragene Konfrontation mit dem Verlust des Lebens, die keine intellektuelle Denkfigur darstellt, welcher eine objektivierende Distanzierung bereits eingeschrieben ist. Die Bedeutsamkeit der Antizipation verweist in der Terminologie Menzfelds (2019) auf eine »präexitale« (S. 96) Konstruktion des Sterbens, verstanden als spezifisch perspektivierten Verlauf: Der Sterbebeginn wird dem Erlöschen der Vitalfunktionen als körperlichen Referenzpunkt vorgeordnet. Diese Sinnbildung steht im Gegensatz zu dem, was die Ethnologin als »postexitale« (ebd.) und »punktuelle Sterbensverläufe« (ebd.) bezeichnet, wie sie in diversen kulturellen oder professionalen Zusammenhängen Teil normalisierter Wirklichkeitskonstruktion sind. Sie nennt u.a. Praktiken der Mehrfachbestattung als Beispiel für Sterbeverläufe, die erst mit oder nach dem Exitus ihren Anfang nehmen (vgl. ebd., S. 98).

Sterben als ausgedehnte und im Erlöschen begriffene Lebensphase erscheint entsprechend als kontingenter Sinn, der sowohl mit den kontemporären Todesursachen wie degenerativen Erkrankungen in Zusammenhang steht, als auch mit kulturellen Deutungen, die im Rahmen dieses Bedingungsgefüges entstehen. Mag es mit auch noch so viel leiblicher und körperlicher Evidenz einhergehen, handlungsrelevant wird es vor allem durch Sinnzuschreibungen, die sich durch kulturelle Variabilität auszeichnen. Die zeitgenössischen westlichen Industrienationen sind dabei ganz dem Diesseits verpflichtet und weisen der Zeitspanne vor der objektiven Faktizität eine spezifische Relevanz zu. Der Tod mag nach seinem Eintritt Gegenstand sozialer Zumutungen sein, das Sterben als vorgelagerter Zeitabschnitt ist indes zu einer gesellschaftlichen Bewährungsaufgabe geworden; das zeigt sich an Entwicklungen wie dem Entstehen und Prominentwerden der Palliativmedizin, der Hospizbewegung und den Euthanasiedebatten. Diese Wandlungsprozesse verweisen auf eine spezifische gegenwärtige Herausforderung, die mit dem langen Sterben als *präexitale* Zuschreibung einhergeht: Sinn ist zu einer Glaubensfrage geworden und nicht mehr im Glauben fundiert.

3.4 Sterben und Umgang mit Ambivalenz

Was am Ende des letzten Abschnitts als wenig überraschende Zeit- und Gesellschaftsdiagnose aufscheint, soll im Folgenden einer genaueren Betrachtung unterzogen werden. Setzt man sich mit kontemporären Sterbeverläufen auseinander, sind nicht nur das Sterben als manipulierbarer körperlicher Prozess und seine Perspektivierung als Komplex kontingenter kultureller und sozialer Sinnzuschreibungen relevant, sondern ebenso das gesellschaftliche Bedingungsgefüge, das beidem – zumindest zum Teil – zugrunde liegt. Es ist die Frage, in welcher Gesellschaft wir eigentlich leben (vgl. Pongs 2007), die die Stoßrichtung der weiteren Auseinandersetzung anleitet, wobei hier bereits eine Anmaßung deutlich wird, deren implizites Versprechen weder im Rahmen dieses Kapitels noch der gesamten Arbeit eingelöst wird und werden kann.

Zeit- und Gesellschaftsdiagnosen sind so beliebt wie mannigfaltig in der Soziologie. Einen gemeinsamen Referenzpunkt haben die damit befassten Theorien, Theoreme und Thesen aber zumeist, wenn sie sich analytisch, deskriptiv, kritisch oder wohlwollend auf die Gegenwart richten (vgl. u.a. Lahusen und Stark 2018): die Moderne. Jürgen Ritsert (2009, S. 279), der aufgrund seiner distanzierten Perspektive unverdächtig ist, den soziologischen Gemeinplatz zu ideologisieren, subsumiert unter das Label Modernisierung einen sozialgeschichtlichen Prozess, der zu einem Übergang von einem Gesellschaftstyp in einen anderen führte – Agrargesellschaften wandelten sich in Industriegesellschaften. Ausgangspunkt war Europa, genauer die industrielle Revolution in England. Als Komponenten der Modernisierung gelten, einen relativen Konsens in der Soziologie voraussetzend, der bei so einer Großkategorie angreifbar ist: Industrialisierung, Verwissenschaftlichung, Kommerzialisierung, Innovationsdruck, Rationalisierung, Effizienzzwang, funktionale Differenzierung und Enttraditionalisierung (vgl. ebd., S. 283). Im Rahmen einer Darstellung und Diskussion von Modernisierung als historischen, die Gesellschaft strukturell verändernden Prozess kommen weder Ritsert noch ein anderer Soziologe oder eine andere Soziologin um die Klassiker der Zunft herum. Vor allem Rationalisierung als Grundzug der Moderne muss mit Max Weber (2002) in Verbindung gebracht werden, der sie so prominent wie anschaulich als »Entzauberung der Welt« (S. 488) beschrieb. In dem Vortrag *Wissenschaft als Beruf* rekurriert er insbesondere auf Intellektualisierung als Grundbegriff, die in Bezug auf akademische Bemühungen und Gesellschaft als vielschichtiges Ganzes einen buchstäblichen Sinneswandel ausgelöst habe. Das vom Magischen befreite, intellektuelle gesellschaftliche Leben beruhe dabei nicht in erster Linie auf konkretem Wissen, wie es das Beispiel der fahrenden Straßenbahn bildhaft vor Augen führt, sondern auf dem Wissen von der Möglichkeit des Wissens bzw. dem Glauben daran – damit gehe die Unterstellung der Berechenbarkeit oder Beherrschbarkeit aller Aspekte der Existenz einher. Weber fragt im Anschluss, ob die Wissenschaft über

ihren technischen Nutzen hinaus einen Wert besitze. Hier bringt er die Endlichkeit als Bezugspunkt für einen infrage stehenden Sinn des Lebens ins Spiel, indem er das Thema des Spätwerks von Leo Tolstoi als Frage interpretiert, ob der Tod eine sinnvolle Erscheinung sei. Der Schriftsteller verneine das in Bezug auf den modernen Kulturmenschen, der einer Steigerungslogik des Fortschritts ausgeliefert sei, die lebensmüde, aber nicht lebenssatt machen könne (vgl. ebd., S. 487). Am Ende seines Vortrags beantwortet Weber die Frage nach einer höheren Bedeutsamkeit der Wissenschaft, die gleichsam als Plattform für die Suche nach einer möglichen Sinnfindung in einer Zeit dient, deren religiösen Selbstverständlichkeiten erodiert sind, mit dem durch sie gegebenen potenziellen Handwerkszeug, weltanschauliche Entscheidungen bewusst und konsistent auf die Konsequenzen hin ausgerichtet zu treffen. Die Wissenschaft als Ausdruck der die Gesellschaft prägenden Intellektualisierung könne und dürfe nicht vorgeben, wie offene Sinnfragen zu beantworten seien, das obliege den aus der Mode gekommenen Propheten. Sie könne einen Sinnfindungsprozess aber durch die Abgrenzung der Positionen und den damit einhergehenden logischen Folgen begleiten (vgl. ebd., S. 504). Der Sinnfindungsprozess selbst ist jedoch bereits bei Weber individualisiert, wenn »jeder den Dämon findet und ihm gehorcht, der seines Lebens Fäden hält.« (Ebd., S. 511)

Auf die Moderne folgt, zumindest, wenn man die solcherart beauftragte geistes- und sozialwissenschaftliche Literatur befragt, die Spätmoderne oder Zweite Moderne oder Postmoderne (vgl. u.a. Schroer 2009), verstanden als Namensgebung für eine eigenständige Epoche oder für übergreifende gesellschaftliche Veränderungen, die in der ein oder anderen Weise auf den Paradigmenvorläufer rekurren und über ihn hinausgehen. Den entsprechend firmierenden Zeitdiagnosen ist das Konstatieren eines Wandels gemein, der sich auf die Erosion unterstellter Eindeutigkeiten der Moderne bezieht, die je nach theoretischer Strömung mit technologischen und ökonomischen Innovationen und/oder posttraditionalen Vergemeinschaftungs- und Wissensformen verbunden wird (vgl. Welsch 2018, S. 9ff.).

Ein prominenter Theoretiker der sogenannten Postmoderne ist der Soziologe und Philosoph Zygmunt Bauman (2016 [1991]), der in seinen Theorien die destruktive Dimension der Moderne beleuchtet und die daran anschließenden gesellschaftlichen Entwicklungen als Reaktion darauf deutet, welche wiederum mit eigentümlichen Chancen, Risiken und ethischen Herausforderungen einhergehen. So versteht er die Moderne als einen Kampf gegen Ambivalenz, der sich aus Klassifikations- und Ordnungsbemühungen speist, die auf einem Übergang von einer religiösen, naturwüchsig erfahrenen in eine herzustellende Ordnung gründen (vgl. Bauman 2016 [1991], S. 166ff.; Bonacker 2002, S. 300). Die Wandlungsfähigkeit von Ordnung ist aus diesem Blickwinkel die folgenmächtige Entdeckung dieser Epoche (vgl. Bonacker 2002, S. 300). Mit der Herstellung von Klassifikationen gehe unumgänglich Ambivalenz einher. Die identifiziert Matthias

Junge (2014) als grundlegenden Begriff in den Werken Baumanns und verweist im selben Zug auf dessen nicht statthafte Gleichsetzung von Ambivalenz mit Ambiguität. Während Ambiguität das sprachtheoretische Problem der Herstellung begrifflicher Zu- und Einordnungen bezeichne, beziehe sich Ambivalenz auf Mehrwertigkeit im Erleben und Handeln (vgl. ebd., S 72).⁸ Die unhintergehbare Ambivalenz in der Moderne basiert nach Bauman auf Wissensordnungen, die immer etwas Ausgeschlossenes und nicht in dem jeweiligen System Abbildbares erzeugen. Das Ordnungsschema, welches hier ausgezeichnete Bedeutung gewinne, sei die Dichotomie von Freund und Feind, die von der Figur des Fremden als Gefährdung der Klassifikation selbst unterlaufen werde (vgl. Bauman 2016 [1991], S. 92ff.). Gegen das die Ordnung als solche Bedrohende ziehe in der Moderne der Staat als Nationalstaat ins Gefecht und sei dabei zum Scheitern verurteilt – allerdings nicht ohne sich einer moralischen Katastrophe schuldig zu machen. Die versagende Moderne sei in Postmoderne umgeschlagen, als die soziale Dominanz von Ambiguität und Ambivalenz anerkannt worden sei. Wahrheitsbehauptungen hätten sich so in Deutungsangebote verwandelt (vgl. Bauman 2016 [1991], S. 374ff.; Junge 2014, S. 75).

Mit der Metapher der Verflüssigung beschreibt Bauman (2003) die zeitgenössischen sozialen Verhältnisse. Die postmodernen Individuen seien Erben einer »individualisierten, privatisierten Version der Moderne« (ebd., S. 14). Das soziale Gewebe müsse in Heimarbeit und eigener Verantwortung selbst hergestellt werden (ebd.). Damit einher gehe die Privatisierung der Ambivalenz:

»Ambivalenz ist aus der öffentlichen Sphäre in die private übergegangen, seit keine weltliche Macht mehr die Neigung zeigt, sie auszulöschen. Sie ist jetzt im großen und ganzen eine persönliche Angelegenheit. Wie so viele andere global-gesellschaftliche Probleme muß dieses jetzt individuell angepackt und, wenn überhaupt, mit individuellen Mitteln gelöst werden. Die Erlangung von Klarheit der Absicht und Bedeutung ist zu einer individuellen Aufgabe und persönlichen Verantwortung geworden. Die Anstrengung ist etwas Persönliches. Und ebenso das Scheitern der Anstrengung. Und der Vorwurf für das Scheitern. Und das Schuldgefühl, das der Vorwurf mit sich bringt.« (Bauman 2016 [1991], S. 311)

Hier wird Webers Diagnose einer eigenverantwortlichen Sinnfindung, die sich zumindest noch an die Wissenschaften als Lieferanten eindeutiger Abgrenzungen und Profilgebungen anlehnen konnte, radikalisiert, indem sie vollständig individualisiert wird. Mit einem postmodernen Bewusstsein zu leben, bedeutet also, dass es keinen Weg aus der Ungewissheit gibt – außer das erfolgreiche Selbstmanagement kann zweifelsfreie Sicherheiten trotz Sinnvielfalt produzieren. Diese

8 Im Folgenden wird der Differenzierung von Ambiguität und Ambivalenz gefolgt. Ambivalenz soll entsprechend eine Mehrdeutigkeit von Bewertungsmöglichkeiten von anderen Formen von Zuordnungskomplexität abgrenzen.

scheiteranfällige Voraussetzung führt potenziell zu emotionalen und moralischen Belastungen, die nicht nur Unbestimmtheit und den Versuch, eindeutige Orientierungen zu finden betreffen, sondern auch das Versagen dieser Bemühungen in eine Bürde verwandeln. Den Kampf gegen die Ambivalenz ficht jetzt das Individuum. Und das Verlassensein von Webers Dämon, der die Fäden halten soll, wird dem Selbst zugeschrieben. So obliegt die vollständige Last der Kontingenz den sozialen Akteuren, die in der Postmoderne über den Markt integriert würden, der keine verbindlichen normativen Ordnungen erzeuge (vgl. Bonacker 2002, S. 303).

Ohne sich damit den gesamten theoretischen Ballast Baumans⁹ aufzuladen, dessen Allaussagen nicht sämtliche Aspekte kontemporären Lebens erklären können und dessen Prognosen teilweise begründet in Zweifel gezogen werden müssen, soll das Konzept der *Privatisierung der Ambivalenz* übernommen werden, um es auf die Herausforderungen des Sterbens anzuwenden.

Das Ableben in der Gegenwart scheint mit einem Sinndefizit einherzugehen. Zwar steht infrage, wie wirksamkeitserzeugend Sinnzuschreibungen in diesem Feld sein können, da Sterben für die Sterbenden – wie oben bereits erwähnt – notwendigerweise eine *radikale Neuheit* bedeutet. Nichtsdestotrotz scheinen vor allem Religionen – im weitesten Sinne – als funktionale Sinnstiftungsinstitutionen historisch Gewissheiten erzeugt zu haben (vgl. Kellehear 2017, S. 23). Hier sind nicht so sehr Nationalstaaten, die vielleicht auch in Bezug auf das Sterben und den Tod Ordnungen etablieren (vgl. Feldmann 2010, S. 146f.), als Begründer von Klassifikationen relevant, sondern vor allem die mit Transzendenz beauftragten gesellschaftlichen Einrichtungen. Armin Nassehi argumentiert aus einer systemtheoretischen Perspektive, mit der funktionalen Differenzierung moderner Gesellschaften gehe der Ort verloren, von dem her eine gesamtgesellschaftliche Grundsymbolik formuliert werden könnte. Durch den Verlust einer symbolisch sinnhaften Integration seien sie indifferent für das Problem der individuellen Endlichkeit. So hätten sich die gesellschaftlichen Funktionsbereiche von der existenziellen Perspektive der handelnden Menschen fast gänzlich abgekoppelt. Der soziale Charakter der Konfrontation mit der Endlichkeit habe sich dahingehend geändert, dass Individuen jetzt selbst dafür verantwortlich seien, wie sie dem Ende begegneten (vgl. Nassehi 1992, S. 15f.). Weder religiöse noch staatliche Organisationen haben gegenwärtig ein wie auch immer hergestelltes oder legitimes Monopol der Bedeutungstiftungen. Im gesellschaftlichen Thematisierungskontext des Sterbens, der als Anknüpfungspunkt von existenziellen Sinnfragen fungiert, wird eine Vielzahl

9 Das vielschichtige Werk Baumans wird im Rahmen dieses Kapitels nur fragmentarisch dargestellt, was seinem analytischen Potenzial nicht gerecht wird. Die theoretischen Bemerkungen zur Moderne und Postmoderne sollen hier allerdings nicht als eindeutige theoretische Rahmung gesellschaftlicher Verhältnisse herangezogen werden, sondern dienen dazu *einen* Aspekt, der im Feld des Sterbens Erklärungspotenzial hat, herauszuarbeiten.

von Deutungsangeboten produziert (vgl. Schmied 1988, S. 127). Allein die inzwischen unüberblickbare Vielfalt von mit Sterben und Tod befasster Ratgeberliteratur (vgl. Brüggens 2005), die ein Spektrum von medizinischem, psychologischem, religiösem und esoterischem Wissen anbietet, lässt auf einen Markt an Sinnprodukten schließen, der das Ableben bewältigbar machen soll und gleichzeitig privat zu meisternde Ambivalenz erzeugt. Es fehlt also ein umfassendes Interpretationssystem, um das Sterben jenseits einer individualisierten Deutungsangabe sinnvoll zu rahmen (vgl. Streckeisen 2001, S. 9).

Hiermit soll nicht konstatiert werden, die *postmodernen Sterbenden* könnten in Auseinandersetzung mit einer mannigfaltigen Angebotspalette im Supermarkt der Sinnfindung losgelöst von Dispositionen ihre jeweilige Sterbensrahmung wählen. Ein solches Postulat wäre bereits zweifelhaft, weil Sinnsuche und -findung im Kontext von Sterbeprozessen aufgrund des *affektiven Betroffenseins*¹⁰, das mit einem intersubjektivitätsproblem einhergeht, ein schwer zugängliches Phänomen ist – auch wenn Elisabeth Küber-Ross' (2014) Interviews mit Sterbenden das Gegenteil suggerieren. Im Rahmen dieser Arbeit sollen entsprechend keine Aussagen über eine Phänomenologie des Sterbens, wie vermittelt und vorsichtig auch immer, gemacht werden. Es wird vielmehr die Aufgabe gewählt, den zeitgenössischen sozialen Bedingungen und daraus resultierenden Besonderheiten des Ablebens nachzuspüren.¹¹

Die oben ausgeführten Beschreibungen gegenwärtiger sozialer Verhältnisse plausibilisieren die These, dass in kontemporären westlichen Industrienationen typischerweise lange Sterbeverläufe vorkommen, die mit einer intensiven Konfrontation der Betroffenen und ihres assoziierten Umfelds mit der Endlichkeit einhergehen. Damit verbindet sich die Herausforderung, die aus der Multioptionalität der Bedeutungszuschreibungen potenziell resultierende Ambivalenz privat zu bewältigen. Wie Ambivalenz im konkreten Fall bearbeitet wird, ob und in welchem Umfang dieser Prozess eine Belastung darstellt und welche Dispositionen dabei eine (ambivalenzmildernde) Rolle spielen, sind Fragen, die in dieser

10 Die Terminologie »affektives Betroffensein« (S. 29) übernehme ich von dem Philosophen Hermann Schmitz (2014), ohne mich auf seinen neophänomenologischen Theoriekomplex zu stützen.

11 Neben dem Sinndefizit ist auch die Frage nach einer sozialen Integration des Sterbens relevant. Eine klassische zeitdiagnostische Deutung rückt die behauptete Einsamkeit Sterbender (Elias 2002; Ariès 1987) in den Fokus, die mit Professionalisierung und Exklusion in von Experten besetzten Enklaven verbunden ist. Der Interpretation wird hier nicht gefolgt, da mit der eingeführten Sterbedefinition sowohl die Engführung auf den letzten Abschnitt des Sterbens in Organisationen vermieden werden soll als auch die Nicht-Thematisierung aufgrund der Konfrontation infrage steht. Dieser Aspekt der Arbeit fand hinsichtlich des Forschungsstands bereits Erwähnung und wird im Folgenden noch einmal ausführlich in Bezug auf gesellschaftstheoretische Implikationen diskutiert.

Arbeit nicht beantwortet werden können. Es wird aber explizit nicht von einer Verdrängung des Sterbens (Elias 2002) ausgegangen. Vielmehr wird postuliert, dass eine neue Konfrontation mit dem Ableben durch den sozio-demographischen Wandel und die Privatisierung der Ambivalenz entstanden ist, die Negationen tendenziell erschwert, da Sterbende und ihr Umfeld eine auf das Dahinscheiden gerichtete Zukunft sowie Unbestimmtheit bewältigen müssen.

3.5 Exkurs: Die Modellierung des Sterbens

Wie zuvor bereits anklang, sind Typisierungen des Sterbens – und auch des Todes – in den Sozial- und Geisteswissenschaften Ziel deskriptiver und analytischer Untersuchungen. Historisch orientierte Studien stellen dem zeitgenössischen Dahinscheiden dabei vergangene Formen des Ablebens gegenüber, meist mit einem mehr oder minder kritischen Bezug zum Hier und Jetzt. Die vielleicht prominenteste Untersuchung dieser Gattung legte der Historiker Phillip Ariès (1987) mit *Geschichte des Todes* vor, in der sich die Typik des Sterbens als soziale Konstruktion im Epochenverlauf verändert – vom gezähmten Ableben in der Antike bis zum in sein Gegenteil verkehrten Tod in der Gegenwart. Das kontemporäre Sterben wird mit der Ausgrenzung Moribunder in Krankenhäuser und einer damit einhergehenden mangelnden Anerkennung assoziiert, wodurch ein würdevolles Dahinscheiden verunmöglicht werde (vgl. Hoffmann 2011, S. 211ff.).

»Es sieht so aus, als ob das romantische Todesmodell, wie es um die Mitte des 19. Jahrhunderts galt, eine Reihe von sukzessiven Einebnungen hat erdulden müssen. Zuerst machten sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts die Modifizierungen geltend, die die erste Phase des Sterbens betrafen: die der schweren Krankheit, während der man den Kranken in Unkenntnis über seinen Zustand hielt und absonderte; [...] Darauf folgte im 20. Jahrhundert, und zwar seit dem Ersten Weltkrieg, das Verbot der Trauer und all dessen, was in der Öffentlichkeit an den Tod gemahnt, zumindest an den für normal gehaltenen, d.h. nicht gewaltsamen Tod. Das Bild des Todes zieht sich zusammen wie die Blende eines photographischen Objektivs, die geschlossen wird. blieb noch der eigentliche Ausdruck des Todes, der sich [...] seinen traditionellen Charakter bewahrt hatte: Rückblick auf das Leben, Öffentlichkeit und Abschiedsszene. Dieses letzte Überbleibsel schwand um 1945 als Folge der totalen Medikalisierung des Todes.« (Ariès 1987, S. 747)

Der Tod wird hier als Phänomen gezeichnet, das in der fortgeschrittenen Moderne einem gesellschaftlichen Marginalisierungsprozess unterworfen ist. Nicht nur die ausgegliederten Sterbenden und die mit einer restriktiven Gefühlsnorm belegten Angehörigen erscheinen als Opfer diese Entwicklungen; der Tod selbst, dem Ariès vor allem in Form literarischer Thematisierungen nachgeht, nimmt einen in-

adäquaten Imageschaden. Die historische Perspektive wird von Nostalgie heimge-sucht, was dem Datenmaterial geschuldet sein mag, welches auf einer künstlerischen Grundlage basiert, dem aber dennoch eine uneingeschränkte geschichtliche Aussagekraft zugesprochen wird.

Allan Kellehear (2007) entwickelt in der Studie *A Social History of Dying* eine großzügigere Epocheneinteilung als Ariès, die mit dem steinzeitlichen Tod als Sterben beginnt und mit einem kosmopoliten schambesetzten Dahinscheiden endet. Das frühzeitliche Ableben sei dabei von der Herausforderung der Antizipation des Lebensendes (vgl. ebd., S. 11ff.) geprägt, während das aktuelle mit einem Terminierungsproblem einhergehe (ebd., S. 19ff.). In der Steinzeit ist das Sterben also nicht vorauszusehen, weil es plötzlich kommt, und in der Gegenwart ist sein Ende nicht abzusehen, weil die Kulmination von Krankheiten zu Unübersichtlichkeit führt. Die lebensweltlichen Herausforderungen des kontemporären Ablebens beschreibt er wie folgt:

»Dying has become a trial or set of trials in the way that dying as otherworld journey is understood in the history of hunter-gathering dying. But the trials are not the barriers, tests and life-threatening challenges by otherworld gods as the supernatural consequences of a life lived imperfectly. Rather there are the barriers, tests and life-threatening challenges of illness, disability, medication, harmful social attitude and responses of other human beings as a consequence of a life lived too long or lived imperfectly by other peoples' criteria. For these people, and an increasing number of other people in the Cosmpolitan period destined for this kind of final journey, dying will be a rather shameful and embarrassing exit.« (Ebd., S. 211f.; Herv. i. O.)

Das hier gezeichnete schambesetzte Sterben ist der Diesseitigkeit und dem Kampf gegen Krankheiten und gesellschaftliche Abwertungen verpflichtet. Setzte man sich demnach in Jäger-und-Sammler-Gesellschaften noch mit Göttern und als übernatürlich gerahmten Konsequenzen der Lebensführung auseinander, sind jetzt die verhängnisvollen Urteile der Mitmenschen bedeutsam – ohne dass das inzwischen lange und durch Multimorbidität gekennzeichnete Dahinscheiden dadurch sinnhaft würde. Auch wenn bei Kellehear weniger die Sehnsucht nach einem besseren Sterben, das in einem anderen Jahrhundert verortet wird, aufscheint, fällt die Bewertung des Umgangs mit dem Sterben keineswegs gnädiger aus.

Die thanatosoziologischen Zeitdiagnosen in *Geschichte des Todes* und in *A Social History of Dying* setzen beide am Sterbeort als Ausgangspunkt der Zuschreibungen an: medizinische und pflegerische Organisationen (vgl. Ariès 1987, S. 729; Kellehear 2007, S. 213). Außerdem wird in den Studien Unbestimmtheit in Bezug auf das Bewusstsein des Sterbens konstatiert, die zu einem Thematisierungs- und Vorbereitungsdefizit führe. Dabei hebt Ariès stärker und kritischer den Privatisierungsas-

pekt heraus (vgl. Ariès 1987, S. 741ff.), während Kellehear eine globale Ausrichtung zugrunde legt und Homologien zwischen dem zeitgenössischen Ableben aufgrund von Alterskrankheiten in den modernen Industrienationen und dem Dahinscheiden an Aids in ökonomisch weniger privilegierten Ländern unterstellt (vgl. Kellehear 2007, S. 206ff.). Offenbart Ariès' Typik ein Sterben, welches keines mehr ist, weil es unsichtbar und unbestimmt ist, zeigt Kellehear ein Ableben, das schamdurchdrungen ist. Verantwortlich für den in beiden Herangehensweisen aufscheinenden Würdeverlust sind die antagonistischen Nicht-Sterbenden, welche die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit aus der Gesellschaft verbannen oder sich Stigmatisierungshandlungen schuldig machen.¹²

Das Ableben wird in beiden Perspektiven als Thematik erkennbar, die starke normative Wertungen nach sich zieht. Über das zeitgenössische Sterben zu schreiben, scheint mit der Versuchung einherzugehen, es zu bewerten. Das lässt den Schluss zu, dass es in der Gegenwart entweder als ungelöstes moralisches Problem prozessiert oder dass etwas an diesem Phänomen den Wunsch nach einer normativen Einordnung hervorruft – womit das Risiko assoziiert ist, das solchermassen aufgerufene Ideal zu verfehlen. Dass mit dem Ende des individuellen Lebens in einer sozialen Welt, die über wenige und schon gar keine verbindlichen (religiösen) Jenseits-Imaginationen verfügt (vgl. ebd., S. 198f.), dafür aber über wissenschaftliche Erzählungen, die an der Grenze des Lebens auch an die Grenze des Aussagbaren kommen, alles auf dem Spiel steht, mag sein. Trotzdem können die nahezu obligatorischen Hinweise auf die mangelnde Würde der Sterbenden und das ständige Versagen gesellschaftlicher Bewältigungsanstrengungen verwundern, wenn Care-Systeme welcher Art auch immer eine Versorgung bis zuletzt ermöglichen und Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen keine von Sozialität befreiten Zonen sind. Wird das Sterben als existenzielles Ereignis, das die Individuen ebenso herausfordert wie Gemeinschaften und Gesellschaften, zu einem Kompass, an dem die moralische Verfasstheit sozialer Zusammenhänge abgelesen werden soll? Ein vielleicht pessimistisches Postulat könnte lauten, dass da, wo zweckrationale Perspektiven herausgefordert werden, ethische Kompensationen entstehen, die vor allem eine kritische Stoßrichtung auszeichnet. Wobei die Zeit der populären Todes- und Sterbekritik, wie sie u.a. auch in den 1970er-Jahren im Magazin *DER*

12 Zu dem Reigen der Studien, die kontemporäres Sterben anhand einer historischen Vergleichsfolie herausarbeiten, gehört prominenterweise auch das Werk *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen* von Norbert Elias (2002). Es findet an dieser Stelle der Arbeit eine nur unangemessen randständige Erwähnung, weil es eine Perspektive der Zweiteilung aufmacht, zivilisatorisch wenig oder mehr entwickelte Gesellschaften, und deswegen keine ausdifferenzierte Typologie vorstellt, die konkrete Sterbepformen mit spezifischen Epochen assoziiert. Nichtsdestotrotz tat sich gerade Elias als Kritiker der unterstellten Vernachlässigung von Sterben und Sterbenden hervor, die er an seine Zivilisationstheorie bindet.

SPIEGEL (1976) zu lesen ist, vielleicht bereits überholt ist, wenn Hospize und Palliativstationen das aufgerührte gesellschaftliche Gewissen zu beruhigen vermögen.¹³

In der Literatur finden sich neben historisch differenzierenden Typologien des Ablebens auch Modelle des Sterbeerlebens. Die Ärztin Elisabeth Kübler-Ross (2014) interviewte Moribunde in Krankenhäusern und verfasste das oben bereits erwähnte Phasenmodell des Dahinscheidens, das von Nichtwahrhabenwollen und Isolierung bis Zustimmung reicht. Das letzte Stadium beschreibt Kübler-Ross so:

»Wenn der Kranke Zeit genug hat und nicht plötzlich stirbt, wenn er Hilfe zur Überwindung der ersten Phase fand, erreicht er ein Stadium, in dem er sein ›Schicksal‹ nicht mehr niedergeschlagen oder zornig hinnimmt. Er hat seine Emotionen aussprechen dürfen, Neid auf die Lebenden und Gesunden, Zorn auf alle, die ihren Tod nicht so nahe vor sich sehen. Er hat den drohenden Verlust so vieler geliebter Menschen und Orte betrauert, und nun sieht er seinem Ende mit mehr oder weniger ruhiger Erwartung entgegen. Er ist müde, meistens sehr schwach und hat das Bedürfnis, oft und in kurzen Intervallen zu dösen und zu schlafen. Es ist ein anderer Schlaf als in Zeiten der Depression, er dient jetzt nicht zum Atemholen zwischen den Schmerzanfällen, ist kein Ausweichen und keine Erholungsphase mehr; sondern nun wächst allmählich das Bedürfnis, die Stunden des Schlafes auszudehnen wie bei Neugeborenen, nur mit umgekehrtem Sinn.« (Ebd., S. 99)

Hier wird der letzte *state-of-mind* von Sterbenden nachgezeichnet, die einen konflikthaften Prozess durchlaufen, der in einer Akzeptanz mündet, welche einen von den zuvor ausgefochtenen Kämpfen befreiten Übergang in das Nicht-Leben ermöglicht. Stirbt man nur lange genug, scheint der Zustand emotional bewältigbar, schließlich liegt dem Modell eine eigene Funktionslogik zugrunde, die externen Bedingungen keinen Raum lässt. Das so konturierte säkulare Erlösungsmodell nähert sich dem Erleben Sterbender, die über alle Unterschiede hinweg hinsichtlich ihres bevorstehenden Ablebens homogenisiert werden.

Auch Allan Kellehear (2014), der erneut als Pedant herangezogen wird, setzt sich mit dem Innenleben von Sterbenden auseinander, welche in seinem Modell unterschiedliche Stadien oder Aspekte des Übergangs in den Tod durchlaufen, die von Leiden bis Transformation reichen. Eine mögliche Veränderung in einem fortgeschrittenen Sterbeprozess zeichnet er wie folgt:

Often in late dying, people might report or simply experience that their perceptions of the world have altered in rather radical ways. For one thing, they could now

13 Diese Lesart gesellschaftlicher Entwicklungen findet sich m.E. auch in der Ethnographie Stefan Dreßkes (2005), die in dieser Arbeit in der Darstellung des Forschungsstandes erwähnt wird.

see their dead. These were transformative experiences in two senses. First, even those people who were dying and who reported sights and conversations with their dead would often acknowledge that these were unprecedented experiences and perceptions for them. Their direct personal experience of the world, and their expectations what to expect from the usual world of experience, had changed dramatically. Second, the experience of seeing, and often conversing with, dead friends and relatives was itself transforming. The overwhelming majority of people who report such experiences say they are comforting, reassuring and positive. These experiences provide company and support in circumstances that are increasingly isolating for those who are dying from advanced terminal illnesses.« (Ebd., S. 195)

Kellehear beschreibt Veränderungen der Perspektive und des Erlebnispotenzials Sterbender. Auch hier scheinen Moribunde einen Weg zu finden, ihr Sterbeschicksal zu bewältigen. Das Sehen von bereits verstorbenen Angehörigen und Freunden mutet als letzte diesseitige Vergemeinschaftung an, die sich bereits unabhängig von den Lebenden vollzieht, aber konstitutiv an die Wahrnehmung gekoppelt wird. Die Wirklichkeit Sterbender wird so als Eigenlogik konturiert, die besondere Potenziale aufweist und Regeln folgt – entsprechend wird das Wahrnehmen der vorweggenommenen Gemeinschaft der Nicht-Lebenden nicht als Eigentümlichkeit beschrieben, die von der ehemaligen Lebenswirklichkeit in die aktuelle Sterbewirklichkeit überführt wird, sondern als idiosynkratische Sterbeerfahrung.

Im Gegensatz zu den historischen Modellen, die auf ein kritisches Finale in Form von Zeitdiagnosen hinauslaufen, gipfelt die Phänomenologie des Sterbens in den beiden Untersuchungen in positiv konnotierten Erfahrungszuständen. Die Krisen des Ablebens werden schließlich überwunden oder der *Einsamkeit der Sterbenden* setzt sich eine unkonventionelle Gemeinschaft entgegen. Jenseits dieser Optimismus stiftenden Perspektive auf die letzten Erfahrungen im Diesseits wird das Dahinscheiden hier jeweils zu einem zurechenbaren Prozess, der zwischen Herausforderung und Bewältigung pendelt und das für die Nicht-Sterbenden nicht-antizipierbare Ableben so als Erleben im weitesten Sinne verfügbar macht. Ende der 1960er-Jahre war damit wissenschaftlicher und darüber hinausreichender Ruhm verbunden, der Sterbethematisierungen auch in den Massenmedien prominent werden ließ.

Auseinandersetzungen mit dem Ableben haben seit den 1960er-Jahren Konjunktur – sowohl in wissenschaftlichen Spezialdebatten als auch in massenmedialen Öffentlichkeiten. Die Gesellschaftswissenschaften rangen den Naturwissenschaften in diesem Prozess das Monopol der Bedeutungsproduktion ab und üben z.T. nach wie vor modellaffine Kritik, die die kulturelle Variabilität des Dahinscheidens unterstreicht. Daneben finden sich aber auch normativ zurückhaltendere Studien, die mannigfaltigen sozialen Aspekten des Sterbens und des Todes

Beachtung schenken (vgl. u.a. Walter 2017) – die britische Soziologie ist hier forschungsstark. Neben und mit den wirkmächtigen Debatten entstand eine gesellschaftliche Bewegung, die sich dem Ableben annahm: die Hospizbewegung. Um diese Form gesellschaftlichen Engagements soll es im Folgenden gehen, womit ein Schritt hin zur empirischen Untersuchung dieser Schrift gemacht wird.

3.6 Sterben und zivilgesellschaftliches Engagement: Die Hospizbewegung

Die moderne Hospizbewegung kann als Kritik an kontemporären Sterbeverläufen und -bedingungen verstanden werden, welche sich nicht nur in Bedeutungsproduktionen zeigt, sondern ebenso an einem Handeln, das Veränderungen in der Organisationslandschaft des Sterbens zeitigte. Setzt man sich mit der Literatur zu ihrer Geschichte auseinander, wird auf 1967 als Gründungsjahr verwiesen, in dem die Ärztin Cicely Saunders das erste stationäre Hospiz in Großbritannien eröffnete, das sich explizit der Versorgung Sterbender widmete, welchen spezifische Bedürfnisse zugeschrieben wurden (vgl. Heller et al. 2013, S. 26ff.). Ein weiteres für die Bewegung schicksalsträchtiges Datum ist 1969, als Kübler-Ross' Studie *On Death and Dying. What the Dying have to teach Doctors, Nurses and their own Families* in den USA publiziert wurde (vgl. Kübler-Ross 2003; Heller et al. 2013, S. 13) – die deutsche Übersetzung war bereits mehrfach Gegenstand des vorliegenden Argumentationsverlaufs.

Als Ausdruck eines zivilgesellschaftlichen Engagements, das idiosynkratische Bedürfnisse Sterbender in den Fokus gesellschaftlichen Interesses rückt, hat die moderne Hospizbewegung Vorläufer in der religiös-christlichen Tradition der Krankenversorgung (vgl. Seitz und Seitz 2004, S. 10ff.). Neben Forderungen nach einer adäquaten Versorgung Moribunder generierten die weiblichen Symbolfiguren Aufmerksamkeit für das Sterben, indem sie seine Thematisierung als Tabubruch inszenierten. Die vor allem von Frauen getragene Bewegung (vgl. Klie et al. 2019, S. 15) steht ihrem Selbstverständnis nach also für eine spezialisierte Hilfe in existenziellen Krisensituationen, die Schwerstkranke und Sterbende erleiden – und das unabhängig von ihren finanziellen Ressourcen oder ihrem Versicherungsstatus. Dementsprechend existieren für hospizielle Angebote keine kostenbedingten Zugangsbarrieren (vgl. ebd., S. 69).¹⁴ Auf der organisationalen

14 Laut des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands (2019a) erhalten ambulante Hospizdienste eine Förderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung. Die davon nicht gedeckten Kosten werden durch Spenden finanziert. Somit sind die Leistungen für die Betroffenen kostenfrei.

Ebene führte das zivilgesellschaftliche Engagement zur Gründung stationärer Hospize und ambulanter Hospizdienste.

Deutschland erreichte die aufkeimende Bewegung in den 1980er-Jahren; dem ging allerdings eine kritische Auseinandersetzung mit sogenannten Sterbekliniken voraus, die u.a. durch den im ZDF ausgestrahlten Fernsehfilm *Noch 16 Tage... eine Sterbeklinik in London* ausgelöst wurde (vgl. Seitz und Seitz 2004, S. 143f.). Als entsprechend herausfordernd wird die Gründung von Organisationen beschrieben, die sich die spezifische Versorgung von Sterbenden zur Aufgabe machen. Vor allem Kirchenvertreter und Kirchenvertreterinnen, die eine Seelsorge-Ausbildung absolviert hatten und in Großbritannien und den USA ausgebildet worden sind, verschrieben sich der Arbeit, Gegenpositionen als legitime Deutungen – auch gegen die Vorbehalte der Kirchen – durchzusetzen und so die Hospizbewegung in Deutschland zu institutionalisieren (vgl. Heller et al. 2013, S. 80ff.). 1986 wurde schließlich das erste stationäre Hospiz in Deutschland von einem Pastor gegründet. Daneben entstanden in den 1980er-Jahren Hospizdienste, die über die Hospizbewegung informieren und Sterbebegleitung von ehrenamtlich engagierten Mitgliedern anbieten (vgl. ebd., S. 116ff.).

Nach Angaben des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (2019b) gab es in Deutschland im Jahr 2019 1500 ambulante Hospizdienste und 247 stationäre Hospize. Erstere können hinsichtlich ihrer Angebote und strukturellen Merkmale differenziert werden, die sich auf die potenzielle Anstellung hauptamtlicher Koordinatoren bzw. Koordinatorinnen und Palliativpflegekräfte beziehen. Auch wenn sie vor allem ehrenamtliche Begleitungen ermöglichen und zumeist keine selbst durchgeführte medizinische Betreuung oder Pflege anbieten¹⁵, beraten sie oftmals hinsichtlich dieser Versorgungsformen und initiieren entsprechende Netzwerke (vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. 2019a). Sie können unterschiedliche Trägerschaften haben oder sich als freier Verein organisieren (vgl. dazu Pfeffer 2005, S. 71f.).

In der Gewichtung der ehrenamtlichen Arbeit besteht m.E. der größte Unterschied zwischen stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten. Hospize zeichnen für die medizinische, pflegerische und psycho-soziale Betreuung von Sterbenden verantwortlich und beschäftigen entsprechend auch spezialisiertes hauptberufliches Fachpersonal, während Hospizdienste vor allem Sterbebegleitungen ohne körperliche Zuwendungen anbieten, zumeist auf der Basis freiwillig Engagierter (vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. 2019a) – wobei die

15 Teilweise bieten Hospizvereine auch medizinische und pflegerische Betreuungsformen an (vgl. Schneider und Hayek 2005). Inzwischen haben sich darauf fokussierte Dienste herausgebildet: spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. 2019).

Differenzierung der Mannigfaltigkeit der Organisationslandschaft der Lebenswelten des Ablebens nicht gerecht wird. Da in dieser Arbeit das ehrenamtliche Engagement im Fokus steht, werden Sterbebegleitungen als Dienste an Moribunden jenseits medizinischer und pflegerischer Handlungen gefasst. Der strukturelle Überblick über hospizliche Organisationsformen soll als kontextuelles Hintergrundwissen dienen, um Hospizkurse verorten zu können. Im Folgenden soll das Ehrenamt¹⁶ statistisch und hinsichtlich sozialstruktureller Merkmale genauer beleuchtet werden.

Die oben bereits zitierte Studie von Klie et al. (2019) *Ehrenamtliche Hospizarbeit in der Mitte der Gesellschaft?* gibt Einblicke in die Verteilung und Strukturen ambulanter Hospizarbeit, die auf freiwilligem Engagement beruht. Das Verbundprojekt gliedert sich in Teilstudien, in denen Einstellungen und Erfahrungen in der deutschen Bevölkerung gegenüber Sterbebegleitungen, ungleichheitsrelevante Aspekte der Hospizarbeit und die Sicht von Ärzten und Ärztinnen sowie Pflegekräften auf die ehrenamtliche Praxis erhoben wurden. Laut einer in diesem Projekt durchgeführten Online-Umfrage arbeiten Hospizdienste durchschnittlich seit 18,8 Jahren und sind häufig in mittel- und kleinstädtischen regionalen Kontexten (74,7 %) angesiedelt. Ihre Größe variiert zwischen kleinen Diensten mit 20 Ehrenamtlichen (18 %), mittelgroßen Organisationen, die zwischen 20 und 60 Mitglieder haben (62 %), und großen Vereinigungen, die mehr als 60 Engagierte zählen (19,3 %). Über 80 % der Hospizdienste verfügt über mindestens einen hauptamtlichen Koordinator bzw. eine hauptamtliche Koordinatorin (vgl. ebd., S. 246ff.). Eine weitere triangulative Erhebung der Forschenden zeigt, dass der Großteil der ehrenamtlich Tätigen sowie der Koordinatoren und Koordinatorinnen aus Frauen im mittleren bis höheren Lebensalter bestehen. Dabei scheint ein Überhang an weiblichen Personen in ihrer späten Erwerbs- oder Nacherwerbsphase auf, welche tendenziell dem mittelschichtzugehörigen Angestelltenmilieu zuzurechnen sind (vgl. ebd., S. 96f.). Da das Engagement im Regelfall nicht vergütet wird, müssen die Ehrenamtlichen über entsprechende finanzielle und zeitliche Ressourcen verfügen (vgl. ebd., S. 103f.). Laut einer Befragung von Koordinatoren und Koordinatorinnen, die in Hospizdiensten tätig sind, sind ebenso die Zu-Begleitenden überwiegend der gesellschaftlichen Mitte zuzuordnen (vgl. ebd., S. 109).

Darüber hinaus wurde im Rahmen des Projekts eine Bevölkerungsbefragung in Kooperation mit dem Institut für Demoskopie in Allensbach durchgeführt, die u.a. zu dem Ergebnis kommt, dass ein Prozent der erwachsenen Bevölkerung (d.h. 650.000 Personen) angibt, ehrenamtliche Sterbebegleitung zu leisten – die Angabe

16 Unter einem Ehrenamt wird in dieser Studie eine Tätigkeit verstanden, die sich dadurch auszeichnet, nicht auf materiellen Gewinn gerichtet sowie gemeinwohlorientiert zu sein und darüber hinaus zumeist kooperativ und öffentlich ausgeübt wird (vgl. Hollstein 2015, S. 36).

war offen für jedwedes Engagement, das auch unabhängig von Vereinen stattfinden kann (vgl. ebd., S. 246ff.). Des Weiteren wurde in einem in dieser Publikation nur am Rande erwähnten Teilprojekt der Studie das Erfahrungswissen von Ehrenamtlichen anhand von Gruppengesprächen und einem Schreibaufruf erhoben und mit dem Label Weisheit versehen. Demnach sehen die Engagierten in ihrer Tätigkeit u.a. ein Zeitgeschenk, das im Gegensatz zu professionellen palliativen Dienstleistungen nicht unter dem Vorzeichen von Ressourcenknappheit steht (vgl. ebd., S. 254ff.). Außerdem werden Motive für das Engagement genannt, die u.a. auf Verlusterfahrungen rekurrieren, die einen »existenziellen Standpunktwechsel« (ebd., S. 256) bedingten, und in dem Wunsch nach »transzendierenden Erfahrungen« (ebd.) aufscheinen.

Die Ergebnisse der in sich ausdifferenzierten Studie, die quantitative und qualitative Methoden kombiniert, offenbaren zunächst, dass es sich bei ambulanten Hospizdiensten um ein relevantes soziales Phänomen handelt, welches mit Ungleichheiten einhergeht, die erst auf der Grundlage von Untersuchungen Gegenstand von Reflexionen werden können. Das hospizliche Ehrenamt wird den Zahlen nach tendenziell von weiblichen Mittelschichtsangehörigen getragen – das betrifft sowohl die Seite der Engagierten als auch die der Empfänger und Empfängerinnen der Dienstleistung. Unterbelichtet bleibt m.E., inwiefern sich die Organisationen hinsichtlich ihrer Nähe zu Kirchen unterscheiden und welche Typen hier zu finden sind. Außerdem werden die Selbstinterpretationen der Feldzugehörigen teilweise übernommen, ohne analytisch Funktionen im Untersuchungskontext nachzugehen – so stellt sich bspw. die Frage, was der Wunsch nach *transzendierenden Erfahrungen* jenseits einer Motivationalität über das Feld aussagt. Dafür wären aber aufwendige qualitative Untersuchungen notwendig. Insofern beseitigen die Autoren und die Autorin ein Forschungsdesiderat, indem sie das Ehrenamt in den Fokus ihrer Studie stellen, und machen dabei weitere Lücken sichtbar.

Im Zentrum ehrenamtlich ausgerichteter Hospiztätigkeiten steht der Begriff *Sterbebegleitung*¹⁷, der sich auf eine Interaktion zwischen Begleitendem – Ehrenamtlichem – und Zu-Begleitendem – Sterbendem – richtet, die, wie schon erwähnt, idealtypisch keine medizinische oder pflegerische Dimension aufweist, sondern psycho-sozial gerahmt wird. Hieran wird bereits die Stoßrichtung der Bewegung deutlich, die vor allem auf einer Medikalisierungskritik basiert, welche sich auch in der geistes- und sozialwissenschaftlichen Literatur findet (vgl. Ariès

17 In der vorliegenden Arbeit wird Sterbebegleitung als *umbrella-term* für ehrenamtliche, hospizliche Tätigkeiten verwandt. Wie gezeigt wurde, bieten sowohl stationäre als auch z.T. ambulante Hospizdienste aber ebenso hauptamtliche, pflegerische und medizinische Dienstleistungen an und zeichnen für ihre Organisation verantwortlich (vgl. Student et al. 2007). Auch diese Aspekte fallen unter Hospiztätigkeiten und können entsprechend als Sterbebegleitungen bezeichnet werden (vgl. Schneider 2014, S. 113f.).

1987, S. 747ff.). In den 1960er-Jahren entstand das wirkmächtige Bild des isolierten und einsamen Sterbens in Krankenhäusern. Damit wird zum einem auf Veränderungen der Familienstruktur verwiesen: Care-Aufgaben werden aus der Institution Familie ausgelagert, die sich aufgrund der Entwicklung von der Großfamilie hin zur bürgerlichen Kernfamilie auf zwei Generationen reduziert hat. Die Sorge um verwandte Moribunde wird an spezialisierte Organisationen übertragen (vgl. Pfeffer 2005, S. 41).¹⁸ Vor allem ist es aber mit den in dieser Zeit aufkommenden Innovationen im Medizinsystem assoziiert, die massenmediale Aufmerksamkeit erhielten – wie erfolgreich durchgeführte Herztransplantationen (vgl. Heller et al. 2013, S. 62ff.). So wurde der Medizin das Leitmotiv zugeschrieben, Erkrankungen um jeden Preis und mit allen Mitteln heilen zu wollen. In sozialwissenschaftlichen Studien wird diese Handlungsausrichtung organisational damit erklärt, dass das ärztliche Personal einem kurativen Auftrag nachgeht und deswegen Sterben als Versagen definieren muss (vgl. Streckeisen 2005, S. 125ff.). Die Begleitung von Sterbenden – abgegrenzt von der Pflege und kurativen Behandlung Moribunder – isoliert als Praktik das, was laut der Kritik medizinisches Handeln nicht leistet: nicht-instrumentelle und nicht schwerpunktmäßig auf den Körper ausgerichtete Fürsorge.¹⁹ Darin zeigt sich auch die Bemängelung der Hospizbewegung an professionellem Handeln, welches als standardisiertes zweckrationales Tun alltagsrelevante Kompetenzen des sozialen Umgangs ausschaltet. Laien erscheinen entsprechend als Gegenfiguren zum Experten bzw. zur Expertin und somit als spezifische Ressource für die Betreuung Sterbender (vgl. Müller 2019, S. 20ff.). Allerdings werden ehrenamtliche Hospizbegleitende, zumindest wenn ihre Arbeit von einem Verein organisiert wird, in einem Befähigungskurs auf ihr Engagement vorbereitet und haben entsprechend keinen totalen Laienstatus inne.²⁰ Welcher professionelle Status kann Ehrenamtlichen in diesem Feld also zugeschrieben werden? Um auf diese Frage eine Antwort zu finden, soll zunächst geklärt werden, was unter *Professionellen* zu verstehen ist.

-
- 18 In der Selbstbeschreibung der Organisation, die den Hospizkurs ausrichteten, den ich befor-
schte, war der Verweis auf veränderte Familienstrukturen die grundlegende Legitimati-
on für das zivilgesellschaftliche Engagement. Dabei wurde insbesondere auf geographische
Mobilität verwiesen, welche die Übernahme von Care-Aufgaben durch die Familie erschwert.
Damit wurde den Sterbebegleitungen implizit eine Kompensationsfunktion zugesprochen,
die sich auf familiäre Beziehungsstrukturen bezieht.
- 19 Hierbei handelt es sich um eine Idealtypenkonstruktion, welche die zugrunde liegenden
Handlungsorientierungen der Berufs- und Engagementrollen überzeichnet und der Praxis
nicht gerecht wird.
- 20 In der mit der Hospizbewegung befassten Literatur findet sich der Hinweis, dass die Kur-
se auf unterschiedlichen Curricula basieren, welche z.T. religiös-kirchlich fundiert sind (vgl.
Barden und Hiemenz 1999, S. 244ff.). Darüber hinaus sind Informationen zu dem Qualifizie-
rungsaspekt des hospizlich ausgerichteten Ehrenamts rar.

Laut Michaela Pfadenhauer (2005b) lassen sich mit diesem Label Akteure abgrenzen, »die Probleme, mit denen sie sich auseinandersetzen, so zu definieren vermögen, dass diese eben möglichst weitgehend den Lösungen entsprechen, über die sie je professionell verfügen.« (S. 14) Damit subsumierten sie Probleme nicht unter eine bestimmte Regellösung, sondern deuteten den Einzelfall so (um), dass er lösungsadäquat werde (vgl. ebd.). In dem empirischen Teil dieser Arbeit soll gezeigt werden, dass das Erlernen von hospizadäquaten Situationsdefinitionen eine grundlegende Stoßrichtung der Vermittlungspraktiken des von mir beobachteten Hospizkurses ist. In diesem Sinne wären ehrenamtliche Engagierte, zumindest hinsichtlich ihrer Ausbildung, Experten – wobei sich diese Zuschreibung auf ausgebildete Berufsakteure bezieht, welche die von ihnen zu bearbeitenden Probleme nicht in ihrer lebensweltlichen Diffusität belassen (vgl. ebd., S. 15). Da eine Kompetenz der Sterbebegleitenden die Bearbeitung eben jener Diffusität ist, die z.T. an einem subsumtionsfähigen Wissen orientiert ist, davon oftmals aber auch explizit distanziert wird, kategorisiere ich Sterbebegleitende als Semi-Professionelle, deren hybrides Expertentum auf einem zugleich alltäglichen und virtuosen Umgang mit Unbestimmtheit basiert. Sie professionalisieren idealtypischerweise Alltagskompetenzen durch einen Reflexionsprozess, der an dem moralischen Überbau der Bewegung ausgerichtet ist und in den Begleitungsinteraktionen selbst unsichtbar bleiben soll. Semi-Professionalität in diesem Sinne ist zwischen einer Berufsprofession und einem Laienengagement anzusiedeln, da einerseits Situationen auf spezifische Weise identifiziert werden, andererseits jede Form von darauf gerichteten standardisierten Umgangsformen, die sich auf ein bestimmtes Wissen beziehen, vermieden werden. Darüber hinaus wird der Besuch des Hospizkurses zertifiziert, um eine Befähigung nachzuweisen, die damit einhergehende Kontrolle tatsächlicher Kompetenz ist aber gering ausgeprägt. Die Kategorie *semi-professionell* soll sowohl die Ausbildung als auch die Abgrenzung von anderen Professionen hinreichend berücksichtigen – ohne dabei die Literatur unreflektiert auf die Empirie zu übertragen oder die Selbstbeschreibungen des Feldes zu übernehmen.

Neben der Vorbereitung auf die Sterbebegleitung bieten Hospizvereine ihren Ehrenamtlichen z.T. die Möglichkeit, an Supervisionen teilzunehmen, die der Kommunikation über Erfahrungen im Rahmen der Tätigkeiten dienen und in einigen Fällen professionell geleitet werden. Auch dieser Aspekt bleibt in der Literatur unterbelichtet und müsste auf der Grundlage quantitativer Forschungsmethoden untersucht werden, um den Professionalisierungstendenzen im Feld wissenschaftlich nachzugehen.

Wie in der Einleitung des Kapitels bereits anklang, ist ein weiteres konstitutives Thema der Kritik der Hospizbewegung die unterstellte Verdrängung oder Tabuisierung des Sterbens; eine These, die in der thanatosoziologischen Forschung – hier allerdings umstritten (vgl. Berger und Lieban 1960; Fuchs-Heinritz 1973; Ariès 1987; Nassehi und Weber 1989; Knoblauch und Zingerle 2005a; Nassehi und Saa-

ke 2005; Soeffner 2007; Benkel 2008; Feldmann 2010; Meitzler 2012; Stadelbacher 2017) – nicht weniger Raum einnimmt als in den Selbstversicherungen der Hospizorganisationen (vgl. Heller et al. 2013, S. 268ff.).²¹ So argumentiert der oben bereits erwähnte Elias (2002, S. 19) in Anlehnung an seine Zivilisationstheorie, in entwickelten Gesellschaften herrschten Peinlichkeitsgefühle gegenüber animalischen Aspekten des Menschseins vor, die Sterben und Tod als große bio-soziale Gefahren in besonderem Maße beträfen. Diese hätten zu in anderen Gesellschaften unvorstellbaren Thematisierungsschwierigkeiten geführt und gingen mit einem Informalisierungsschub einher, der ehemalige Verhaltensroutinen suspekt werden ließ, bspw. den Gebrauch ritueller Floskeln (vgl. ebd., S. 34). Die Thematisierung des Sterbens erscheint so sowohl als Ziel einer kritisch ausgerichteten Thanatosoziologie als auch der Hospizbewegung, die entsprechende Öffentlichkeiten sucht, um das vermeintlich Unsagbare sagbar zu machen.

Wie gezeigt werden sollte, kann man die moderne Hospizbewegung als Verfechterin einer Ethik des Ablebens deuten – was sich mitunter anhand des kirchlichen Einflusses plausibilisieren lässt, der vor allem in der Entwicklungsgeschichte Deutschlands zum Tragen kommt. Außerdem lässt sie sich als Gegenbewegung zu einem zivilgesellschaftlichen Engagement verstehen, das auf Sterbehilfe als moralische Antwort auf kontemporäre Herausforderungen des Dahinscheidens verweist: die Euthanasiebewegung, welche vor allem in den Niederlanden und Belgien wirkmächtig war (vgl. Gronemeyer 2005, S. 216) – und bis heute ist. Mit der ethischen Ausrichtung geht eine (Neu-)Perspektivierung des Ablebens einher, die sich gegen dabei zugeschriebene Negationen und Pejorationen wehrt.

Folgt man der sozialwissenschaftlichen Hospizforschung, lässt sich die konstitutive moralische Dimension der Bewegung, ihre Ideologie, in dem iterativ herausgestellten Ideal des *guten Sterbens*²² empirisch ausmachen, das in dieser Arbeit bereits kritisch thematisiert wurde.²³ M. E. sollte in den sozialwissenschaftlichen Debatten allerdings konsequent differenziert werden, ob die moralische Grundkomponente der Bewegung in organisationalen Selbstbeschreibungen verhandelt wird oder als Orientierungsmuster hospizlicher Tätigkeiten aufscheint, da die Adressaten der Botschaft und damit verbundene Zumutungen erheblich divergieren. Das *gute Sterben* kann sowohl als Gegenentwurf zum schlechten Ruf des Ablebens in modernen Gesellschaften verstanden werden als auch als konkrete Anrufung,

21 Die Haltung, die in dieser Arbeit zu der Verdrängungsthese eingenommen wird, findet sich bereits im Kapitel zum Forschungsstand.

22 Die moralische Dimension des Sterbens ist kein Novum der Hospizbewegung. Schon der Terminus *ars moriendi* verweist auf historische Vorstellungen von einer Gestaltbarkeit und damit einhergehende Bewertbarkeit des Ablebens (vgl. Ariès 1987).

23 Das *gute Sterben* soll hier noch einmal im Kontext der Entwicklung der Hospizbewegung beleuchtet werden.

auf eine bestimmte, bewertbare Weise zu sterben, was alle an der Sterbesituation Beteiligten unter Erwartungsdruck setzt. Dem Ideal kann auf der Ebene konkreter Sterbebegleitungen die Funktion zugesprochen werden, das Dahinscheiden in hospizlichen Zusammenhängen bewertbar zu machen. So werden Sterbebegleitungen als auf ein validierbares Ziel ausgerichtetes Handeln identifizierbar und im Professionalisierungsfall lehrbar. Laut Dreßke (2005, S. 13) wird dieses Tun an der Würde, Selbstbestimmung und Individualität der Moribunden orientiert. Damit verbinden sich Erwartungen wie das bewusste und selbstbestimmte Sterben, die in der aktuellen Praxis enttäuscht werden können, wenn der körperliche Aspekt des Dahinscheidens bspw. die Selbstbestimmungsdimension unterläuft (vgl. ebd., S. 7). Pfeffer (2005, S. 57) kommt in ihrer ethnographischen Arbeit zu ähnlichen Ergebnissen, wenn sie das *gute Sterben* im Hospiz als Institutionalisierung einer moralischen Idee versteht. Diese grundlegenden Studien der deutschen Hospizforschung orientieren sich an der ethischen Mission der Bewegung und bringen das *gute Sterben* als Orientierung in der thanatologischen Sozialforschung hervor, die m.E. einer Revision unterzogen werden sollte, um eine einseitige Perspektive auf den Forschungsgegenstand entgegenzuwirken. Dabei ist auch eine kritische Haltung gegenüber den unterstellten moralischen Zwängen in den Forschungsfeldern (vgl. Saake et al. 2019) keine Überwindung der eingeschliffenen Blickwinkel, da an der theoretischen Fundierung und Terminologie festgehalten wird. Außerdem geht damit die Anwaltschaft für die Sterbenden von der Hospizbewegung auf die Sozialwissenschaftler und Sozialwissenschaftlerinnen über, welche Moribunde immer wieder aufs Neue ebenso als Zu-Rettende entdecken, wie es einst die Hospizbewegung tat. Zwar mag den Geisteswissenschaften durchaus die Verantwortung zukommen, Gesellschaftskritik zu üben, dabei sollte aber nicht der Forschungsgegenstand selbst mit unreflektierten moralischen Zuschreibungen überfrachtet werden. Das *gute Sterben* sollte also als sozialwissenschaftliches Konstrukt wiederentdeckt werden, um es nicht zu reifizieren. Der Vorteil, einen Hospizkurs als thanatologisches Forschungsfeld zu wählen, besteht in dieser Perspektive darin, dass niemand durch den wissenschaftlichen Blick gerettet werden muss.

3.7 Das postmoderne Sterben und der Beitrag dieser Untersuchung

Die Hospizbewegung kann als Ausdruck einer Kultur verstanden werden, die das Ableben auf der Basis einer *präexistentialen* Sterbekonstruktion und einer damit verbundenen Institutionalisierung sinnhaft deutet und als Teil gesellschaftlicher Wirklichkeit hervorbringt. Das solchermaßen lange kontemporäre Sterben, das neben kulturellen Zuschreibungen auf den zumeist ausgedehnten modernen Alterserkrankungen basiert, die erst die Möglichkeit eines extensiven zeitlichen individuellen Bewusstwerdens schaffen, geht mit idiosynkratischen Herausforderungen

einher. Die Konfrontation mit der *radikalen Neuheit* wird zu einem verbreiteten und andauernden Phänomen, das mit einer *Privatisierung der Ambivalenz* verbunden ist. Medizinisches Expertenwissen exkludiert Sinnfragen, die das Sterben über seine Körperlichkeit hinaus betreffen. Daneben existiert kein übergreifendes und selbstverständlich gültiges Deutungssystem, welches das Ableben in einen sinnhaften Gesamtzusammenhang verortet (vgl. Nassehi 1992, S. 15f.). So obliegt es den Sterbenden ohne metaphysischen Überbau ihren antizipierten Autonomieverlust zu bewältigen. Die Hospizbewegung erscheint entsprechend als soziales Meso-Phänomen, das auf einer organisationalen Ebene auf die mit dem Sterben assoziierte Ambivalenzproblematik reagiert, indem sie Sterbebegleitungen als Form der Care-Arbeit anbietet, die nicht (nur) den Körper fokussiert, sondern den individualisierten Sterbenden als Person mit spezifischen psycho-sozialen Bedürfnissen.

Das (post)moderne Sterben und die moderne Hospizbewegung sind also ein Paar, das über seine dyadischen Bestandteile Auskunft gibt, wenn man es analytisch zur Rechenschaft zieht. Neben den zeitdiagnostischen Einblicken, welche die Assoziationen zwischen Sterben und Hospizbewegung geben, erscheint der Vergleich zwischen Sozialwissenschaften und Hospizbewegung erkenntnisreich. Beide zeigen Symptome starker Werthaltungen, was für soziologische Studien²⁴ so erstaunlich ist wie für eine zivilgesellschaftliche Bewegung selbstverständlich. Das Sterben scheint ein für moralische Deutungen hochgradig anschlussfähiger Forschungsgegenstand zu sein. Womöglich muss das Interesse an der Endlichkeit des Lebens mit einem höheren Ziel und einem überlegenen Blick legitimiert werden, um der Unterstellung des Voyeurismus etwas entgegenzusetzen, bevor sie überhaupt verlautet wird. Gegebenenfalls ist die berührte Existenzialität so grundlegend, dass eine Analyse ohne normative Salbung wie ein allzu nüchternes Understatement wirkt. Wenn man sich schon mit dem Sterben auseinandersetzt, hat man auch etwas Hilfreiches dazu beizutragen.

Die vorliegende ethnographische Studie übt sich in normativer Enthaltksamkeit und versucht explizit nicht, zu einer Einschätzung zu kommen, wie ein gelingendes oder adäquates Sterben aussehen könnte und was die Hospizbewegung dazu beiträgt. Vielmehr soll in Anlehnung an die ethnologische Tradition des Fachs der Versuch unternommen werden, einen Teil sozialer Wirklichkeit in seiner Hervorbringungslogik zu beobachten und dicht zu beschreiben, wobei die gesellschaftliche Einbettung hierbei konstitutiv für den Verstehensprozess ist. Dabei kann vielleicht eine Homologie der Ideale der Sterbebegleitung und der ethnographischen

24 M. E. zeichnen sich soziologische Studien oftmals durch eine normative Zurückhaltung aus. Die Häufung von Werturteilen in der Hospizforschung, die sich an dem moralischen Konzept des *guten Sterbens* abarbeitet und es dabei z.T. selbst zu- oder abspricht, kann entsprechend verwundern – wobei auch hier nicht alle Untersuchungen wertend oder gleichermaßen stark wertend verfahren.

Forschung unterstellt werden. Sind hospizliche Tätigkeiten ganz an den individuellen Bedürfnissen der Moribunden orientiert, ist das qualitativ ausgerichtete wissenschaftliche Handeln an den Besonderheiten des Feldes interessiert. Diesen sowohl deskriptiv als auch analytisch Raum zu geben, ist das Ziel dieser Arbeit. Alles Weitere obliegt den Rezipierenden.

