

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 42 (2016)

Heft: 2

Artikel: Riskantes Sterben : das Lebensende in der reflexiven Moderne

Autor: Schneider, Werner

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800332>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

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

Riskantes Sterben – das Lebensende in der reflexiven Moderne

Heute, in der fortgeschrittenen, sogenannten reflexiven Moderne stirbt man nicht mehr «einfach so», sondern wird entlang der Leitvorstellung des sogenannten «guten» Sterbens «sterben gemacht». Und gerade weil Sterben nicht mehr einfach so «geschieht», wird das «gemachte» Sterben zunehmend riskanter – mit der Folge: Die Frage nach sozialer Ungleichheit am Lebensende wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen.

Werner Schneider

Prof. Dr. phil., Universitätsstr. 10, D-86159 Augsburg,
Tel. +49 (0)821 5985 570 56 79, Werner.Schneider@phil.uni-augsburg.de,
www.philso.uni-augsburg.de/de/lehrstuehle/soziologie/sozio3/

Schlagwörter: Soziologie | Sterben | Wandel | Moderne | Ungleichheit |

Die Wahrheit des eigenen Todes als Wahrscheinlichkeit meines zukünftigen Sterbens

Ich werde am Donnerstag, den 7. September 2034, ca. 7 Wochen vor meinem 74. Geburtstag, sterben. Woher ich das weiss? Jeder kann sein Todesdatum, sein «personal date of death» im Internet abrufen. Man füllt dazu ein kurzes Formular aus, welches einige wenige persönliche Grunddaten (Alter, Geschlecht, Body-Mass-Index) und Informationen zum Lebensstil (Rauchen, Lebenseinstellung) abrufen, auf deren Basis offenbar die statistisch wahrscheinliche Lebenserwartung hochgerechnet und – zwar nicht nachvollziehbar, aber das ist die Pointe dabei – auf ein ganz bestimmtes «personalisiertes» Datum hin projiziert wird.¹ Genau betrachtet ist das konkrete WANN meines Todes (-zeitpunktes) für sich genommen jedoch gar nicht so relevant; mindestens so interessant wäre es, das WIE des Sterbens, also die Minuten, Stunden, Tage, Wochen, Monate davor – kurzum die Umstände meines Lebensendes vor seinem eigentlichen Ende zu kennen.

Vor dem Hintergrund des dem Menschen eigenen Wissens um seine Sterblichkeit gehört das individuelle wie gesellschaftliche Fragen nach Sterben und Tod sowie ihr kulturelles Bearbeiten einerseits zur *Conditio Humana*. Mehr noch: Das Phänomen menschlicher Kulturentwicklung als solches ist schlechthin nicht verstehbar, wenn es nicht von dem unhintergehbaren menschlichen Bewusstsein der Sterblichkeit her betrachtet wird. Andererseits erscheint es bezeichnend, dass wir heutzutage in unserem westlichen Denken, mit der dominanten Wunschvorstellung eines «natürlichen» Todes, den uns die «Gesundheitsgesellschaft» am Ende eines möglichst langen, gesunden Lebens gewährleisten soll,² es anscheinend für plausibel halten, unser zukünftiges Lebensende anhand vermeintlich objektiver Daten als «Wahrheit» voraussagen – meint: im Sinne statistischer Wahrscheinlichkeitsberechnungen – und so bewältigen zu können.

Im Folgenden soll es genau um solche Fragen nach dem Wandel des vorherrschenden gesellschaftlichen Denkens und der gesellschaftlichen Praxis rund um Sterben und Tod gehen. Im Zuge der

fortschreitenden Modernisierung moderner Gesellschaften in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts verändert sich der Umgang mit dem Lebensende radikal, indem – salopp formuliert – nicht einfach mehr gestorben wird, sondern Sterben sich zunehmend zur letzten riskanten Lebensphase des modernen Individuums verwandelt.³ Zur Entfaltung dieser Leitthese soll

- zunächst kurz ausgewiesen werden, was aus soziologischer Sicht gemeint ist, wenn vom Sterben die Rede ist,
- um anschliessend zu erläutern, was den veränderten, neuen gesellschaftlichen Umgang mit Sterben und mit Sterbenden kennzeichnet, und wie er im Rahmen einer reflexiv-modernisierungstheoretischen Perspektive⁴ auf gesellschaftlichen Wandel gedeutet werden kann.
- In einem letzten Schritt sollen schliesslich mögliche Folgen dieses Wandels mit Blick auf die Frage nach sozialer Ungleichheit im Sterben kurz benannt werden.

Das Lebensende aus soziologischer Perspektive: Sterben als sozialer Prozess

Was ist Sterben? Soziologisch gesehen ist Sterben immer schon mehr als ein primär physiologisch bestimmter Vorgang – Sterben ist immer auch und vor allem ein sozialer Prozess.⁵ Im Kern geht es dabei um einen komplexen Ausgliederungsprozess, der auf eine umfassende Transformation, eine grundlegende Um- und Neudefinition der gemeinsam geteilten Wirklichkeit durch alle am Sterbensverlauf Beteiligten zielt. Dabei macht sich die betreffende Gruppe deutlich, dass eines ihrer Mitglieder sie unwiederbringlich verlassen wird, wobei die noch Weiterlebenden den sinnhaften Übergang in eine neue Alltagswirklichkeit ohne diesen dann nicht mehr lebenden Anderen vollziehen müssen.

Im Zentrum der gesellschaftlichen Gestaltung des Sterbens steht somit – soziologisch betrachtet – keineswegs, wie man auf den ersten Blick meint, der oder die Sterbende selbst. Vielmehr geht es um die noch Weiterlebenden bzw. um deren Bewältigung der Erfahrung des Sterbens eines für sie – aus welchen Gründen auch immer – «wichtigen Anderen» in ihren konkreten alltagspraktischen Bezügen ebenso wie in der sinnhaften Ordnung ihrer Welt insgesamt. Dies gilt sowohl z. B. für die beteiligten professionellen oder auch ehrenamtlichen «SterbearbeiterInnen» wie ÄrztInnen, Pflegekräfte, HospizhelferInnen etc. als auch für ggf. vorhandene Angehörige u. a. Bezugspersonen. Die Gemeinschaft bzw.

die Gesellschaft der noch Weiterlebenden kümmert sich in der Regel auf solche Art und Weise um die Sterbenden, dass sie nach dem Gestorben-Sein des Betreffenden mit der Erfahrung dieses Sterbens möglichst «gut» – d.h. im Glauben an die Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens trotz der Erfahrung des Todes durch das Sterben eines anderen – weiterleben kann. Somit wird das Sterben eines Menschen im Sinne eines sozialen Prozesses immer von der Gesellschaft, in der er oder sie lebt und schliesslich stirbt, bestimmt und ausgestaltet entlang

- der je vorherrschenden Leitvorstellungen, der geltenden Werte und Normen, die das Handeln orientieren
- der vorhandenen institutionellen Bezüge, in denen das Sterben raum-zeitlich situiert ist (z.B. Klinik, Pflegeheim, Palliativstation, Hospiz, Zuhause mit den jeweiligen Rollendefinitionen)
- und der entsprechenden sozialen Beziehungen zwischen dem Sterbenden und den an seinem Sterben Beteiligten

Kurzum: Wir sterben nicht einfach so, sondern wir werden «sterben gemacht».⁶

Die Modernisierung des modernen Lebensendes: Das «gute» Sterben

Dieses gesellschaftliche «Sterben-Machen» unterliegt seit den 1970ern einem grundlegenden Wandel, indem seither – gleichsam in einem grossen gesellschaftlichen Laborexperiment,⁷ dessen Ausgang durchaus ungewiss erscheint – die Modernisierung des modernen Lebensendes erfolgt. Dazu drei Thesen:

- Wir leben in einer Gesellschaft, die Sterben und Tod keineswegs tabuisiert, verdrängt oder «hinter die Kulissen schiebt»,⁸ sondern im Gegenteil: Vielfältige öffentliche, normativ wirksame Diskurse sollen uns unentwegt mit dem «guten», dem «richtigen» Umgang mit Sterben und Tod, mit Sterbenden und Toten vertraut machen. Dabei reicht das Themenspektrum bspw. von Hirntod-Definition und Organtransplantation über Hospizbewegung und Palliativmedizin bis hin zu Kontroversen um Sterbebegleitung versus Sterbehilfe.
- Aus dieser umfassenden Diskursivierung folgt als normativ-institutionelle Anrufung an den Einzelnen: Das Lebensende, das zukünftige, zu antizipierende eigene Sterben, die Sorge um den eigenen Tod soll zu einem «individuellen Projekt», gleichsam zu einem letzten Lebensprojekt werden, welches von jedem selbst – selbstbestimmt und vorsorglich – zu gestalten ist.
- Hierzu entwickelt sich eine finale, d.h. auf das «je eigene Lebensende» hin ausgerichtete «Sorge-Kultur» mit entsprechenden organisationalen Handlungsfeldern der Versorgung, Betreuung und Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen, mit denen ein solches «gutes», d.h.: vorgesorgtes, selbstbestimmtes, möglichst schmerzfreies und somit insgesamt «würdevolles» Sterben als letzte Lebensphase des individualisierten Individuums institutionalisiert wird.

Diese – entlang der genannten drei Thesen – konturierte Zeitdiagnose bedeutet für die Menschen hinsichtlich des zu antizipierenden zukünftigen oder, im Fall einer infausten Diagnose, schliesslich konkret zu «organisierenden» Sterbens als Anforderung: Es müssen vorsorglich Überlegungen angestellt werden, wie man sich das eigene Sterben vorstellt (etwa von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht bis hin zu ärztlich assistiertem Suizid oder palliativer Sedierung). Es müssen ggf. Gespräche geführt werden mit der Familie, mit ÄrztInnen, mit vertrauten Personen. Es müssen zu gegebener Zeit möglichst verlässliche Versorgungs- und Betreuungsnetze geknüpft, Behandlungsoptionen geprüft

und der Umfang an gewünschter Betreuung und Begleitung geklärt werden: Sind «sorgende» Angehörige vorhanden? Sind ein vertrauensvoller Hausarzt und ein kompetenter Pflegedienst verfügbar, vielleicht sogar ein ambulanter Hospizdienst, die alle z.B. ein möglicherweise gewünschtes Sterben zuhause, in der vertrauten Umgebung wahrscheinlicher machen könnten? Oder im anderen Fall, falls ein Sterben zuhause nicht möglich erscheint oder nicht gewünscht wird: Hat das nächste erreichbare Klinikum eine Palliativstation oder gibt es gar ein stationäres Hospiz in der Nähe? Und wenn es schliesslich soweit ist, müssen konkrete Handlungspläne entworfen (Stichwort: Advance Care Planning), vielfältige Entscheidungen getroffen, wirksame Massnahmen in der Schmerzbehandlung, in der psychosozialen Unterstützung umgesetzt werden. Dabei geht es gar nicht so sehr um die ethisch heiklen, im Grundsatz zu treffenden «Letzt-Entscheidungen» zu Leben und Tod, sondern mehr um die vielen kleinen, ganz praktischen Prozesse des alltäglichen Tuns oder Lassens am Lebensende, um das Prozessieren eines «Mehr» oder «Weniger» oder «Gar nicht» im Alltag der ausseralltäglichen Krisensituation einer existenziell gefährdenden bzw. lebensverkürzenden Erkrankung. Und vielleicht soll als Ultima Ratio zu all den genannten Aspekten schliesslich auch noch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, alledem selbstbestimmt, nach eigenem Willen und zum gegebenen Zeitpunkt ein Ende setzen zu können...

Wie wirklichkeitsnah, wie empirisch zutreffend diese kurze Skizze heutige Sterbensprozesse auch immer beschreiben mag (derzeit verfügen wir noch immer über keine systematische und umfassende Empirie dazu), so deutet sie in ihren vielschichtigen Aspekten und ihrer Optionsvielfalt in folgende Richtung: Sterben geschieht nicht mehr einfach so, sondern Sterben wird zunehmend riskanter.⁹

Sterben heute wird zunehmend riskanter

Doch anders als bei vielen anderen riskanten biographischen Ereignissen und Entscheidungen in den verschiedenen Lebensphasen mit ihren vielfältigen «Wahlchancen» und «Wahlzvängen», die dem in allen Lebensbereichen freigesetzten, individualisierten Individuum heutzutage jenseits der Vorgaben der einfach-modernen bürgerlichen Normalbiographien abverlangt werden,¹⁰ gilt beim Sterben: Man hat nur einen Versuch, nichts kann rückgängig gemacht oder neu versucht werden. Eine falsche Berufungsscheidung kann durch eine Fortbildung gemildert oder durch eine Umschulung revidiert werden, der ersten Ehe kann eine zweite oder auch eine dritte folgen. Aber aus der Erfahrung des eigenen Sterbens als «schlechtes» Sterben kann aus Sicht des Betroffenen selbst nichts gelernt werden, er stirbt nur einmal – und gerade deshalb ist auch für alle anderen Beteiligten unter der Anforderung des «guten Sterben-Machens» das Risiko der möglichen falschen Wahlen umso manifest.

Dieses neue, riskante «Sterben-Machen» kontrastiert signifikant jenen gesellschaftlichen Umgang mit dem Sterben, wie er – in der Terminologie der «Theorie der Reflexiven Modernisierung» nach Ulrich Beck u.a. – für die einfache, bürgerliche Moderne des 20. Jahrhunderts charakteristisch war. Es geht heute nicht nur um die blosse medizinische Versorgung von Sterbenden, und schon gar nicht um ein verstecktes, isoliertes einsames Gestorben-werden hinter den Kulissen, wie es der modernen Klinik der 1950er/60er noch vorgehalten wurde.¹¹ Vielmehr radikalisiert die konsequent fortschreitende Modernisierung des modernen Lebensendes die normative Vorstellung des «je eigenen Lebens», welches das moderne individualisierte Individuum aktiv gestaltend zu leben habe, und erweitert sie bis hin zum letzten Atemzug im Sinne des «je eigenen Sterbens», welches zum je individuellen Leben passen müsse.¹² Das moderne Individuum organisiert, meistert, gestaltet sein Alltagsleben selbst, selbstbestimmt – im Glauben darauf, dass es selbst entscheidet und handelt. Dieser Glauben,



diese Grundeinstellung heisst nichts anderes: Wir wollen, sollen, ja müssen in vielen Bereichen unseres Lebens unser eigener «Herr und Meister» sein, der für sich all die grossen und kleinen Lebensentscheidungen zu treffen hat und dabei das je eigene Leben und auch sein Sterben möglichst «gut» zu gestalten sucht.

Gutes und schlechtes Sterben

Diese Vorstellung ist gleichsam der Dreh- und Angelpunkt der verschiedenen fach- und professionsspezifischen wie der öffentlichen, medial-politischen Diskurse rund um das «gute» Sterben, welche die institutionelle Programmatik zu all den neu entstandenen und noch entstehenden und ebenso alten, aber neu auszurichtenden «Sterbe-Organisationen» liefern. Heute erfolgt noch immer die überwiegende Zahl an Sterbefällen in den Kliniken und den herkömmliche Alten-/Pfleheimen.¹³ Doch gerade auch für sie gilt es nun, Hospizkultur und Palliativkompetenz zu implementieren, ganz so, wie die seit den 1980ern sich ausbreitenden Palliativstationen und Hospizeinrichtungen es vormachen. Nicht zu vergessen ist selbstverständlich das Sterben zuhause mit dem Hausarzt, dem ambulanten Pflegedienst, ggf. ehrenamtlichen HospizhelferInnen oder einem ambulanten multiprofessionellen Palliative Care Team in der sog. Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung SAPV, auf die in Deutschland mittlerweile ein Rechtsanspruch besteht.

Noch in den 1950/60ern war demgegenüber das Sterben als ein möglichst lange hinauschiebender, aber letztlich unvermeidlicher Betriebsunfall des modernen Gesundheitssystems zu kaschieren. Deshalb erfolgte das Abschieben der Sterbenden in das Stationsbadezimmer in der Klinik, wo die ÄrztInnen einen grossen Bogen darum machten und das Pflegepersonal verunsichert versuchte, die den klinischen Ablauf störende Sterbesitu-

ation irgendwie zu bewältigen. Sterben musste dem modernen Medizinsystem als Störfall gelten, weil die grosse Verheissung der Moderne darin bestand, jegliches Leid, welches in irgendeiner Form gesellschaftlich bearbeitbar erschien, aus dem Leben der Menschen auszutreiben. Und dass immer mehr menschliche Leiderfahrungen für immer mehr Menschen als gesellschaftlich bearbeitbar, vermeidbar erschienen und durch moderne Institutionen alltagspraktisch minimiert oder gänzlich vermieden werden konnten, ist eine grosse Erfolgsgeschichte der Moderne. Eng verbunden mit dieser Erfolgsgeschichte steht am Lebensende das moderne Versprechen des «natürlichen Todes» – d.h.: jeden Menschen möglichst gesund bis an das Ende seiner natürlichen Lebensspanne zu bringen, die sich selbst in ihrer «Natürlichkeit» immer weiter nach hinten verschieben liess – durch bessere Lebensbedingungen, Ernährung, Hygiene, medizinische Versorgung, Wohlstand.¹⁴

Vom Ende der Unsterblichkeit

Genau hier liegt auch die entscheidende Differenz zur vor-modernen, traditionellen Gesellschaft, in der der Mensch sein diesseitiges Leben permanent von seiner Endlichkeit her zu gestalten hatte, die sich gleichsam zu jeder Zeit, jeden Tag, zu jeder Stunde manifestieren konnte. Im Zentrum jenes Denkens stand zum einen die Organisation des Alltagslebens im Angesicht des grossen «Gleichmachers Tod», der jeden, ob Herr oder Knecht, gleichermaßen traf – und zum anderen das von der Religion dominierte Bewusstsein, jederzeit und keinesfalls unvorbereitet in den Status des ewigen Lebens im Jenseits (im Himmel oder in der Hölle) hinüberwechseln zu müssen. Das moderne Versprechen des «natürlichen Todes» hingegen erlaubt dem modernen Menschen, sein gesamtes, immer länger dauerndes Leben in der Be-



wusstseinshaltung von «potentieller Unsterblichkeit»¹⁵ zu leben. Niemand verlässt heutzutage in der Früh sein Zuhause mit der Überlegung, was noch erledigt, was noch vorsorglich in Ordnung gebracht sein müsste für den Fall, dass man am Abend und nie mehr wieder zurückkehren würde. Das alltägliche Leben in der Haltung von potentieller Unsterblichkeit zu leben – gemeint als Ausreibung von Lebensunsicherheit über die gesamte Lebensspanne hinweg –, gilt bis heute.

Und doch erleben, erfahren wir heute gleichzeitig ein Ende dieser Unsterblichkeit, eine Rückkehr des Bewusstseins von Sterblichkeit, aber ganz anders als in einem traditionellen Wahrnehmungs- und Deutungskontext wie vor 500 Jahren. Die Rede von der Rückkehr einer *Ars Moriendi*, auch wenn sie als *Ars Moriendi Nova* tituliert werden mag,¹⁶ ist insofern missverständlich, als es heute nicht nur um individuelle Vorbereitung im Glauben und die gottgefällige Gestaltungskunst des Sterbens durch die Gläubigen geht. Im Kern der Modernisierung des modernen Lebensendes heute stehen vielmehr diskursive Prozesse in Verbindung mit institutionell-organisatorischen Strukturierungsprozessen, die mit Macht, Herrschaft und mit sozialer Ungleichheit¹⁷ verbunden sind sowie neue Rollenanforderungen, neu geforderte «Subjektpositionen» im Sterben produzieren. Zu nennen sind der aktive, der aktivierte «gute» Sterbende, der deshalb gut stirbt, weil er vorgesorgt hat und selbstbestimmt agieren kann. Zu nennen sind auch die ihn in welchen Formen auch immer unterstützenden Angehörigen und die verschiedenen SterbearbeiterInnen vom Hausarzt bis zur Ehrenamtlichen sowie viele andere, die an dem zu organisierenden «letzten Lebensprojekt» zu beteiligen sind und damit die institutionelle Aufbereitung des Lebensendes betreiben.

Zusammengefasst: Weil unsere alltagsweltliche Perspektive als Mitglieder dieser Gesellschaft heute wesentlich durch eine radikal

individualistische Sichtweise geprägt ist, erscheint es uns so plausibel, das individualisierte Individuum mit Selbstbestimmung, Autonomie bis zum allerletzten Atemzug ins Zentrum unseres gesellschaftlichen Denkens zu rücken. Und deshalb korrespondiert die Vorstellung vom langen, selbstbestimmten, erfüllten, leidfreien und «unsterblichen» Leben zwangsläufig mit dem mittlerweile ebenfalls als gestaltbar, bearbeitbar gedachten und als frei von Leid gewünschten Sterben in einer reflexiven Moderne, in der sich die institutionelle Ordnung des Lebensendes – wie argumentiert – grundlegend verändert. Das individualisierte Sterben wird zunehmend riskanter, weil es reflexiv wird. D.h.: Je mehr das Lebensende der gesellschaftlichen Verfügungsmacht (Ausbau von differenzierten Versorgungs- und Betreuungsstrukturen für Sterbende, Medikalisierung usw.) sowie dem individuellen Entscheiden, Gestalten, Umsetzen zugeschrieben wird, umso mehr Wahl- bzw. Entscheidungsmöglichkeiten, aber auch -zwänge entstehen bei zunehmenden Handlungsunsicherheiten und Deutungsungewissheiten zum «richtigen» Ausgestalten des «guten» Sterbens.

Für wen in welchem Ausmass dieses möglichst gute, aber riskante Sterben mit welchen Folgen realisierbar wird oder unerreichbar bleibt, wissen wir nicht, weil uns dazu die empirischen Befunde fehlen und wir noch mittendrin stecken in diesem grossen gesellschaftlichen Laborexperiment der Neu-Ordnung des Lebensendes.

Die Folgen des «riskanten Sterben-Machens»: Soziale Ungleichheit und Randgruppenproblematiken am Lebensende

Wie eingangs bereits benannt, ist das genaue WANN meines Todes für sich alleine stehend gar nicht so interessant, das WIE meines Sterbens, die konkreten Umstände meines Lebensendes

erscheinen mir mindestens so bedeutsam. Aber auch über das WIE meines Lebensendes kann ich bereits jetzt einiges in Erfahrung bringen, denn ich bin Jahrgang 1960 und damit Angehöriger der sogenannten «Baby Boomer». Diese Generation war schon immer eine der «zu vielen»: im Kindergarten, in der Schule, bei der Lehrstellen- und Studienplatzsuche usw., und später im Alter, in der Nacherwerbsphase wird es genauso sein. Wir werden auch am Lebensende, in den Krankenhäusern, Pflegeheimen zu viele sein, ja wir werden uns noch auf den Friedhöfen wechselseitig im Weg liegen, wenn nicht zumindest dort – so jedenfalls hat es mittlerweile den Anschein – der Wandel in der Bestattungskultur weg vom raumgreifenden Sarg zur platzsparenden Urne für Entlastung sorgen wird. Dieses charakteristische «Zuviel» wird auch den mit hoher statistischer Wahrscheinlichkeit in hohem Alter, in multimorbidem Zustand, von uns zu durchlaufenden längeren Sterbensprozess kennzeichnen, häufig allein, ohne Familie, ohne Pflege durch Angehörige, was ein Zuviel an Einsamkeit, aber auch ein Zuviel an Versorgungsansprüchen, an Betreuungsbedürfnissen und Zuwendungswünschen, ein Zuviel an Angewiesensein auf Fremde bedeuten wird... Und das alles wird für die Gesellschaft vor allem eine Kostenfrage sein: ein Zuviel an Kosten! Doch wie sehr mich das Schicksal eines möglicherweise «schlechten» Sterbens treffen wird, wird – so die Annahme – vor allem von meinem sozialen Status abhängig sein.

Warum? Je mehr die Haltung der «potentiellen Unsterblichkeit» durch das Bewusstsein des «eigenen» Sterbens als ein selbst zu gestaltendes letztes Lebensprojekt flankiert wird, je mehr Sterben gestaltbar, organisierbar und damit auch riskanter wird, umso mehr wird dieses Sterben zu einem ungleichen Sterben, umso mehr wird Sterben selbst zum «Ungleichheitsgenerator». ¹⁸ Unser gesamtes Gesundheitssystem erweist sich bis heute prägnant und stabil als sozial ungleich. Bildung, Einkommen, beruflicher Status und Prestige bestimmen wesentlich das Krankheitsrisiko über den Lebensverlauf hinweg sowie die durchschnittliche Lebenserwartung. Je höher die Positionierung in der Sozialstruktur unserer Gesellschaft, umso gesünder und länger lebt man. Es gibt keinen empirischen Grund anzunehmen, dass soziale Ungleichheitsverhältnisse in der Schwerstkrankheit am Lebensende, beim Sterben, sich plötzlich umkehren oder gänzlich auflösen. Deshalb ist davon auszugehen: Je mehr Palliative Care und Hospizarbeit im Gesundheitssystem als Versorgung integriert sein werden, umso stärker werden sie die gegebenen (und auch über das Gesundheitssystem prozessierten) sozialen Ungleichheiten ¹⁹ in unserer Gesellschaft beim Sterben reproduzieren und vielleicht sogar verstärken.

Schon jetzt gilt: Wie jemand stirbt, palliativmedizinisch/-pflegerisch gut versorgt, wenn gewünscht ehrenamtlich begleitet etc., hängt derzeit z.B. vom Wohnort, von der umgebenden institutionell-organisatorischen Infrastruktur und dem jeweils zuhandenen sozialen Beziehungsgefüge ab (im Krankenhaus, Pflegeheim, bei sich zu Hause etc.). Darüber hinaus ist schon jetzt zu fragen: Welche «Kapitalien» ²⁰ – um mit den Begriffen des Soziologen Pierre Bourdieu zu formulieren – braucht man heute und in Zukunft, um in dieser Gesellschaft «gut sterben» zu können? Z.B. als «ökonomisches Kapital» bei der Auswahl von Behandlungs- und Betreuungsoptionen? Als «soziales Kapital» im Sinne der Verfügbarkeit, des Zuhandenseins von unterstützenden sozialen Beziehungen? Je weniger Familie bzw. Angehörige und Zugehörige vorhanden sein werden, umso wichtiger werden weitere soziale Netzwerke, am besten mit Kontakten zu medizinisch-pflegerischen Professionellen, möglichst angebunden an eine zivilgesellschaftlich engagierte nachbarschaftliche Sorge-Gemeinschaft, die im Quartier wirkt, und vielleicht kennt man auch Ehrenamtliche oder sogar die Koordinatorin des örtlichen Hospizvereins...? Wie viel «kulturelles Kapital» braucht es im Sinne von kulturell spezifischem

Wissen darüber, wie unsere sozialen Unterstützungssysteme funktionieren, wo welche Formulare zu erhalten und wie auszufüllen und welche Informationsangebote wichtig sind, weil sie den Schlüssel zu Hilfemechanismen liefern?

Sterben Ausgegrenzte anders?

Gerlinde Dingerkus, Psychologin und leitende Aktive bei der Ansprechstelle zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung ALPHA NRW, stellte in der Januarausgabe 2012 der Zeitschrift Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen, die das Schwerpunktthema «gesellschaftliche Randgruppen» hatte, folgende Frage: «Sterben Menschen anders, wenn sie zu den sogenannten Randgruppen gehören?» ²¹ Und sie antwortet: «Natürlich nicht!» Dem müsste man als Soziologe sofort entgegen halten: «Ja, sie sterben selbstverständlich anders!» Der wissenschaftlichen Redlichkeit halber muss darauf hingewiesen werden, dass Dingerkus so antwortet, weil es ihr auf den Hinweis ankommt, dass Sterben und Tod für alle Menschen gleichermaßen am Lebensende stehen, um dann selbst auf die unterschiedlichen Bedingungen des Sterbens in Randgruppen hinzuweisen. Dieser erfahrungsgesättigte Hinweis auf das ungleiche Sterben von Randgruppen erscheint schon deshalb als wichtig, weil damit deutlich wird, dass das Sterben von Angehörigen von Randgruppen wie bspw. Wohnungslosen oder Drogensüchtigen als sozialer Prozess weitgehend sozial «entbettet» erfolgt. Was ist damit gemeint?

Eine soziale Gemeinschaft kann eines ihrer Mitglieder «in einem gewissen Masse» sozial sterben lassen, indem sie dieses Mitglied z.B. aufgrund von Drogensucht, Kriminalität, Schulden oder irgendwelchen anderen Formen abweichenden Verhaltens umfänglich seiner normalen Teilhabe-Rollen enthebt – z.B. durch Einweisung in ein Gefängnis oder in die Psychiatrie, mittels Abschieben an den Rand der Gesellschaft wie etwa «auf die Strasse» etc. Wenn es aber um mehr als um die Metaphorik eines «sozialen» Sterbens im Sinne des Verlusts von wichtigen Teilhabe-Rollen geht, ²² was die Existenz in einer gesellschaftlichen Randgruppe per se kennzeichnet, wenn es darüber hinaus um das «eigentliche» Sterben als einer existenziellen Krisensituation geht, ist zu fragen: Gibt es überhaupt noch eine soziale Gemeinschaft, aus der der oder die Sterbende nun auszugliedern wäre, wenn er oder sie doch vorher bereits ausgegrenzt ist? Das entbettete Sterben ist also ein Sterben, bei dem den Betroffenen bereits die soziale Gemeinschaft abhanden gekommen ist, aus der sie nun auszugliedern wären und die diesen Ausgliederungsprozess organisieren würde. Deshalb geht es bspw. nicht allein um Einsamkeit, denn einsam kann auch jemand sterben, der eine bürgerliche Normal-Existenz führt – z.B. mit Wohnung, Rente, medizinischer Grundversorgung etc., aber aufgrund fehlender sozialer Kontakte (Wegzug der Kinder, keine vertrauten Nachbarn etc.) am Lebensende seine letzten Tage weitgehend allein verbringt. Davon zu unterscheiden ist das entbettete Sterben, das gleichsam eine radikalisierte Vereinzelung des oder der Sterbenden markiert, den oder die – in letzter Konsequenz – nicht mal mehr eine Randgruppe als Gruppe umgibt, wie dies bspw. für Wohnungslose, Drogensüchtige u.a. gilt.

So tut sich z.B. die Hospizarbeit mit ihrer Idee vom «guten Sterben» schwer bei der Betreuung und Begleitung von Wohnungslosen, orientiert sie sich in der Regel doch an der Welt der Behausten, in der das in der Gesellschaft noch integrierte oder zumindest integrierbare Subjekt würdevoll, weil selbstbestimmt und möglichst schmerzlos stirbt. Hierfür sind jedoch bestimmte Kompetenzen, Kapitalien und Ausstattungen vorauszusetzen:

- Es braucht eine symbolisch-materiale Lokalisation für die Sterbenden im Sinne eines vorhandenen Sterberaums – am besten eben ein Zuhause, in dem das Sterben begleitet und

gestaltet werden kann. Das stationäre Hospiz war und ist in der hospizlichen Sichtweise der alternative Sterberaum zur modernen Klinik, das Zuhause ist der ideale Raum für das privatisierte, intimisierte selbstbestimmte Sterben.

- Auf der individuellen Ebene der Sterbenden braucht es für das «gute» Sterben die Bereitschaft und Fähigkeit zur Selbstreflexion, zur gemeinsamen biographischen Arbeit bis hin zur Bearbeitung existenzieller Sinnfragen am Lebensende. Und es braucht bei den Sterbenden auch einen eigenen Willen, zumindest das Akzeptieren der Erwartung, einen solchen Willen haben zu sollen.
- Darüber hinaus braucht es für das «gute Sterben» Vertrauen in Institutionen: in Einrichtungen der medizinischen Versorgung, in das begleitende Hospiz, in weitere Hilfe-Einrichtungen. Dazu wiederum braucht es kulturelles Kapital im Sinne eines Wissens um diese Institutionen sowie soziales Kapital im Sinne eines (selbst?) gesteuerten Zugangs dazu. Kurzum: Ich muss wissen, wer oder was mir in meiner Situation helfen könnte, ich muss Zugang zu dieser Hilfe finden können und ich muss es auch wollen können.

Am Ende steht dem «guten», individualisierten, selbstbestimmten und disponierenden Sterben des autonomen Subjekts das «schlechte», d.h. das soziokulturell entbettete, entindividualisierte und disponierte (fremdbestimmte) Sterben gegenüber – und dabei werden die Wahlen, Optionen, Entscheidungen vor allem die Effekte der Kapitalienausstattung sein. Wenn Sterben immer riskanter wird, bedeutet das auch: Sterben benötigt immer mehr Vertrauen – in Personen ebenso wie in Institutionen. Je integrierter sich Menschen in eine Gesellschaft sehen, umso mehr Vertrauen können sie in die Institutionen und Organisationen, die diese Gesellschaft für die soziale Organisation des «Sterben-Machens» bietet, entwickeln. Wer hingegen «arm» ist, am Rande steht, hat nicht nur kein Geld, sondern auch keine Netzwerke und wenig Vertrauen in Institutionen. Er wird sich schwer tun mit dem «guten» Sterben. Kann es also ein «gutes» Sterben für alle geben? Als Anspruch vielleicht, praktisch wohl eher nicht. Deshalb werden die entscheidenden Fragen für die Zukunft sein: Für welche Menschen (mit welchen sozialen Merkmalen) wird das «gute» Sterben an ihrem Lebensende (z.B. als hospizlich-palliative Versorgung, Betreuung, Begleitung) in Zukunft verfügbar sein?²³ Und damit verbunden: Welche Menschen (mit welchen sozialen Merkmalen) werden sich in Zukunft z.B. im Hospiz ehrenamtlich engagieren? Kurzum: Wer ermöglicht für wen ein «gutes» (z.B. palliativ versorgtes und hospizlich betreutes, begleitetes) Sterben?●

Literatur

- Bauman, Z. (1994): Tod, Unsterblichkeit und andere Lebensstrategien. Frankfurt a. Main: Fischer.
- Beck, U. (1995): Eigener Tod – eigenes Leben: Vergänglichkeitshoffnungen. S. 171-174 in: U. Beck/W. Vossenkuhl/U. Erdmann Ziegler (Hrsg.), *Eigenes Leben. Ausflüge in die unbekannteste Gesellschaft, in der wir leben*. München: C.H. Beck.
- Beck, U./Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.) (1994): *Risikante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Beck, U./Bonss, W. (2001) (Hrsg.): *Die Modernisierung der Moderne*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Beck, U./Lau, C. (2004) (Hrsg.): *Entgrenzung und Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung?* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. S. 183-198 in R. Kreckel (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten (Soziale Welt, Sonderband 2)*. Göttingen: Schwartz.
- Dingerkus, G. (2012): Editorial. Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen – Schwerpunkt: «Gesellschaftliche Randgruppen». 01(50): 2.
- Dresske, S. (2005): *Sterben im Hospiz. Der Alltag in einer alternativen Pflegeeinrichtung*. Frankfurt/Main: Campus.
- Elias, N. (1982): *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Feldmann, K. (2010): *Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*. 2., überarb. Aufl., Wiesbaden: Springer VS.
- Fuchs, W. (1969): *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Grote-Westrick, M./Volbracht, E. (2015): *Palliativversorgung. Spotlight Gesundheit 10: 1-8*.
- Kickbusch, I. (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft: Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2009): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktual. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Salis Gross, C./Soom Ammann, E./Sariaslan, E./Schneeberger Geisler, S. (2014): *Chancengleiche Palliative Care. Bedarf und Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung in der Schweiz*. München: AVM.
- Schäfer, D./Müller-Busch, C./Frewer, A. (2012) (Hrsg.): *Perspektiven zum Sterben. Auf dem Weg zu einer Ars moriendi nova?* Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Schneider, W. (2005): Der «gesicherte» Tod – Zur diskursiven Ordnung des Lebensendes in der Moderne. S. 55-79 in: H. Knoblauch/A. Zingerle (Hrsg.), *Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schneider, W. (2012): Das Projekt Lebensende – vom einstigen Gleichmacher Tod zur Ungleichheit des «guten Sterbens» heute. S. 25-46 in: G. Arndt-Sandrock (Hrsg.), *Was ist gutes Sterben?* 15. Loccumer Hospiztagung. Loccumer Protokolle 19/12. Rehburg-Loccum: Evangelische Akademie.
- Schneider, W. (2014): *Sterbewelten: Ethnographische (und dispositivanalytische) Forschung am Lebensende*. S. 51-138 in: M. Schnell/W. Schneider/H. Kolbe (Hrsg.), *Sterbewelten. Eine Ethnographie (Reihe Palliative Care und Forschung)*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schneider, W./Stadelbacher, S. (2011): *Sterben in Vertrauen. Wissenssoziologisch-diskursanalytische Anmerkungen zum Sterben als Vertrauensfrage*. S. 107-139 in: G. Höver/H. Baranzke/A. Schaeffer (Hrsg.), *Sterbebegleitung: Vertrauenssache! Herausforderungen einer person- und bedürfnisorientierten Begleitung am Lebensende*. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Streckeisen, U. (2001): *Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie*. Opladen: Leske & Budrich.
- Sudnow, D. (1967): *Passing On. The Social Organization of Dying*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Thönnies, Michaela (2013): *Sterbeorte in Deutschland. Eine soziologische Studie*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.

Endnoten

- 1 Für ein einfaches, kostenloses und offenkundig eher «unterhaltsam» gemeintes Beispiel vgl. «Death Clock: The Internet's friendly reminder that life is slipping away...» (www.deathclock.com, Zugriff: 13.2.2016), weitere ähnliche, mehr oder weniger «seriös» wirkende Beispiele bis hin zu diversen kommerziellen Angeboten finden sich zuhause im Internet.
- 2 Vgl. Kickbusch 2006.
- 3 Vgl. Schneider 2005; 2014.
- 4 Vgl. Beck/Bonss 2001; Beck/Lau 2004.
- 5 Vgl. auch Sudnow 1967.
- 6 Vgl. Schneider 2014.
- 7 In Anlehnung an und Erweiterung von Dresske 2005.
- 8 Vgl. z.B. Elias 1982; Feldmann 2010: 58ff.
- 9 Vgl. Schneider/Stadelbacher 2011.
- 10 Vgl. Beck/Beck-Gernsheim 1994.
- 11 Vgl. Elias 1982; vgl. auch Streckeisen 2001.
- 12 Vgl. Beck 1995.
- 13 Von den ca. 893'000 Sterbefällen in Deutschland im Jahr 2013 ereigneten sich ca. 46% im Krankenhaus, 31% in stationären Pflegeeinrichtungen, hinzu kommen noch ca. 3% in stationären Hospizen und ca. 20% im häuslichen Umfeld (Grote-Westrick/Volbracht 2015; vgl. auch Thönnies 2013). Ähnliche Zahlen finden sich auch für die Schweiz: Im Jahr 2011 ereigneten sich von den insgesamt 61'786 Todesfällen 39,9% im Spital, 40,8% im Alters- und Pflegeheim und 19,3% an einem anderen Ort (zu Hause, durch einen Unfall o. ä.), vgl. Zahlen des Bundesamtes für Gesundheit BAG: www.tinyurl.com/j050490, Zugriff 09.03.2016.
- 14 Vgl. Feldmann 2010: 79ff; vgl. auch Fuchs 1969.
- 15 Vgl. Bauman 1994.
- 16 Vgl. Schäfer/Müller-Busch/Frewer 2012.
- 17 Vgl. Schneider 2012.
- 18 Vgl. Schneider 2012.
- 19 Vgl. Richter/Hurrelmann 2009.
- 20 Vgl. Bourdieu 1983.
- 21 Dingerkus 2012: 2.
- 22 Feldmann 2010: 17ff.
- 23 Vgl. exemplarisch z.B. die Studie von Salis Gross et al. 2014 zu einer diversitätssensiblen Palliative Care.