

Riskantes Sterben – wie das Lebensende in der reflexiven Moderne zu erforschen ist?

Werner Schneider, Sursee, 2.10.2015

(unveröffentlichtes Manuskript, nicht zitierfähig,

Weitergabe nur mit Zustimmung des Verfassers, Literaturhinweise beim Verfasser)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr über die Einladung zu der Tagung des NFP 67 – vielen Dank an die Organisatoren für die Möglichkeit, hier sprechen zu dürfen.

Erlauben Sie mir eine kurze Vorbemerkung: In meinen Ausführungen wird es weniger um konkrete Empirie bzw. Datenerhebung / Datenauswertung und mehr um theoretische und methodologische Hinweise, Anmerkungen und Überlegungen gehen, da heute den ganzen weiteren Tag ja empirische Projekte diskutiert werden sollen.

Dennoch möchte ich mit einem konkreten ‚empirischen Datum‘ beginnen – mit meinem ‚personal day of death‘: Ich werde am Donnerstag, den 7. September 2034, 7 Wochen vor meinem 74. Geburtstag, sterben. Woher ich das weiß? Jeder kann ‚sein‘ Todesdatum im Internet abrufen. Man füllt einen kurzen Fragebogen aus, der einige Grunddaten (Alter, Geschlecht, Body-Maß-Index) und Informationen zum Lebensstil (Rauchen und Trinken oder Sport und gesundes Essen, verheiratet oder ledig usw.) abklärt. Auf dieser Basis wird dann mittels aktueller Sterbetafeln die daraus resultierende durchschnittliche Lebenserwartung hochgerechnet und – statistisch nicht mehr nachvollziehbar, aber das ist selbstverständlich die Pointe dabei – auf ein ganz bestimmtes Datum hin projiziert, das jetzt wahrscheinlich schon ohne mein Zutun in meinem Google-Kalender eingetragen ist. Doch genau betrachtet, ist das konkrete WANN meines Todes für sich genommen gar nicht so entscheidend – wichtiger, spannender wäre das WIE des Sterbens, also die Minuten, Stunden, Tage, Wochen, Monate davor...

Vor dem Hintergrund der Bewusstheit des Menschen hinsichtlich seiner Sterblichkeit ist das individuelle wie kollektive, das gesellschaftliche Fragen und kulturelle Bearbeiten von Sterben und Tod einerseits eine *Conditio Humana*. Das Phänomen menschlicher Kulturentwicklung ist schlechthin nicht zu verstehen, wenn es nicht von diesem Bewusstsein der Sterblichkeit her betrachtet wird. Andererseits ist es bemerkenswert, dass wir heutzutage in unserem westlichen Denken, mit der dominanten Vorstellung eines natürlichen, möglichst gesunden Todes, den uns die Gesundheitsgesellschaft am Ende eines möglichst langen Lebens gewährleisten soll, es offenbar für plausibel halten, unser zukünftiges Lebensende anhand vermeintlich objektiver Daten zur körperlichen Verfassung und zum Lebensstil, mit Wahrheit im Sinne statistischer Wahrscheinlichkeit errechnen zu können.

Mir geht es im Folgenden genau um solche Fragen nach dem Wandel unseres gesellschaftlichen Denkens und gesellschaftlichen Tuns rund um Sterben und Tod. Ich bin ein beobachtender Soziologe, der seit Mitte der 1990er erstaunt mitverfolgt, wie unsere Gesellschaft seither ihren Umgang mit Sterben und Tod – weniger mit dem Tod, aber insbesondere mit dem Sterben – radikal verändert hat. Warum ich im Titel vom ‚riskanten Sterben‘ spreche, wird sich hoffentlich im Verlauf meines Vortrags aufklären.

Ich möchte im Folgenden erläutern,

- was diesen veränderten, neuen gesellschaftlichen Umgang mit Sterben, mit Sterbenden kennzeichnet und ihn im Rahmen einer reflexiv-modernisierungstheoretischen Perspektive deuten (2);
- davor aber kurz ausweisen, was aus soziologischer Perspektive gemeint ist, wenn vom Sterben die Rede ist (1);
- und schließlich daraus resultierende methodologisch-methodische Folgerungen benennen, wie dieses riskante Sterben in der reflexiv-modernen Gesellschaft empirisch in den Blick zu nehmen ist (3).

(1) Das Lebensende aus soziologischer Perspektive: Sterben als sozialer Prozess

Was ist Sterben – soziologisch gesehen? Hier ein kurzes Zitat des Soziologen Klaus Feldmann: „Orthodoxe Juden erklärten in früheren Zeiten Mitglieder ihrer Gemeinde, die Nicht-Juden geheiratet hatten, für tot und führten ein symbolisches Begräbnis für diese Personen durch.“ (Feldmann, Klaus: Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick. Wiesbaden: VS 2010, S.126)

Mit diesem Zitat ist exemplarisch benannt, was man als den sozialen Tod bezeichnet: Ein Mitglied einer Gruppe wird von dieser als irrelevant, als nicht mehr existent, metaphorisch formuliert als ‚gestorben‘ definiert. Das kann in geschlossenen Gruppen sogar dazu führen, dass die Betroffenen dann tatsächlich physisch sterben, obwohl es keine ‚objektive‘ medizinische Indikation für dieses Sterben gibt. Man spricht dann etwas missverständlich vom ‚psychogenen Tod‘, wobei es eigentlich um soziale Ausgrenzung geht, die so stark wirkt, dass sie sogar die physische Existenz in Frage stellt. Umgekehrt gilt ebenso: Bei einer infausten Prognose ist ein wichtiger Aspekt, inwieweit schon mit der Erkrankung und dann mit dem anstehenden physischen Sterben ein soziales Sterben im Sinne einer solchen Ausgrenzung einhergeht, der soziale Ausschluss also dem physischen Ableben vorausläuft. Man denke dabei an die HIV-positiven Patienten der 1980er Jahre, deren stigmatisierende ‚AIDS-Diagnose‘ damals das soziale Todesurteil bedeutete. Nicht zufällig hat die Hospizbewegung eine ihrer Wurzeln in der Betreuung jener damals Kranken, die aufgrund ihrer Stigmatisierung als ‚Infizierte‘ von der Gesellschaft ausgeschlossen wurden.

Sterben ist also immer schon mehr als ein primär physiologisch bestimmter Vorgang – Sterben ist immer auch und vor allem ein sozialer Prozess. Soziologisch gesehen ist Sterben als ein umfassender Ausgliederungsprozess zu kennzeichnen – wohlgemerkt: Ausgliederung, nicht Ausgrenzung(!), der im Kern auf eine umfassende Transformation, eine grundlegende Um- und Neudefinition der gemeinsam geteilten Wirklichkeit durch alle am Sterbensverlauf Beteiligten zielt. Dabei macht sich die betreffende Gemeinschaft 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 Sterbende selbst. Sondern es geht vielmehr um die noch Weiterlebenden bzw. um deren Bewältigung der Erfahrung des Sterbens eines für sie wichtigen Anderen in ihren konkreten alltagspraktischen Bezügen ebenso wie in der sinnhaften Ordnung ihrer Welt.

Die Gemeinschaft bzw. die Gesellschaft der noch Weiterlebenden kümmert sich in der Regel in der Art und Weise um den Sterbenden, wie 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. Deshalb wird das Sterben eines Menschen immer von der Gesellschaft, in der er lebt, bestimmt und ausgestaltet entlang:

1. der je vorherrschenden Leitvorstellungen, der geltenden Werten und Normen, die das Handeln orientieren,
2. der vorhandenen institutionellen Bezüge, in denen das Sterben raum-zeitlich situiert ist (z.B. Klinik, Palliativstation, Hospiz, Zuhause mit ihren jeweiligen Rollendefinitionen) und
3. der entsprechenden sozialen Beziehungen zwischen dem Sterbenden, den Angehörigen, den ehren- oder hauptamtlichen Sterbearbeitern.

Kurzum: Wir sterben nicht einfach so, sondern wir werden sterben gemacht!

(2) Die Modernisierung des modernen Lebensendes: Das ‚gute‘ Sterben

Doch dieses gesellschaftliche ‚Sterben Machen‘ unterliegt seit den 1970ern einem grundlegenden Wandel. Wir erleben gleichsam seit 30-40 Jahren ein großes gesellschaftliches Laborexperiment, das die Modernisierung des modernen Lebensendes betreibt, mit – aus meiner Sicht – durchaus ungewissem Ausgang. Dazu drei Thesen:

1. Wir leben in einer Gesellschaft, deren öffentliche, normativ wirksame Diskurse uns unentwegt mit dem richtigen Umgang mit Sterben und Tod, mit Sterbenden und Toten vertraut machen (sollen).
2. Das Lebensende, das zukünftige, zu antizipierende eigene Sterben, die Sorge um den eigenen Tod wird zu einem ‚individuellen Projekt‘, gleichsam zu einem letzten Lebensprojekt, welches von jedem selbst – selbstbestimmt und vorsorglich – zu gestalten ist.
3. 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 ‚gutes Sterben‘ als letzte Lebensphase des modernen Individuums institutionalisiert wird.

In der Praxis bedeutet dies für die Menschen: Es müssen Überlegungen angestellt werden, wie man sich das eigene Sterben vorstellt (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht). Es müssen Gespräche geführt werden mit der Familie, mit Ärzten, mit vertrauten Personen. Es müssen zu gegebener Zeit möglichst verlässliche Versorgungs- und Betreuungsnetze geknüpft, Behandlungsoptionen geprüft und der Umfang an gewünschter Begleitung geklärt werden: Sind Angehörige verfügbar, Hausarzt, Pflegedienst, ambulanter Hospizdienst, hat das nahe Klinikum eine Palliativstation oder gibt es gar ein stationäres Hospiz in der Nähe usw.? Wenn es soweit ist, müssen Entscheidungen getroffen und wirksame Maßnahmen in der Schmerzbehandlung, in der psychosozialen Unterstützung umgesetzt werden, am besten wäre noch alternativ dazu die Möglichkeit zu haben, alledem selbstbestimmt, nach eigenem Willen und zum gegebenen Zeitpunkt ein Ende setzen zu können... Und dabei geht es gar nicht so sehr nur um die großen, einmal zu treffenden Entscheidungen zu Leben und Tod,

sondern insbesondere 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 Erkrankung.

All das bedeutet: Sterben geschieht nicht mehr einfach so, sondern: Sterben wird zunehmend riskanter! Und: Man hat nur einen Versuch, nichts kann rückgängig gemacht oder neu versucht werden. Eine falsche Berufsentscheidung kann durch eine Fortbildung gemildert oder durch eine Umschulung revidiert werden, der zweiten Ehe kann eine dritte folgen. Aber aus der Erfahrung des eigenen Sterbens kann aus Sicht des Betroffenen nichts gelernt werden, sollte es beim ersten Mal nicht so richtig geklappt haben.

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 vorgehalten wurde. Vielmehr radikalisiert die seit dem Ausgang des 20. Jahrhunderts deutlich erkennbare Modernisierung des Lebensendes die normative Vorstellung des ‚je eigenen Lebens‘, welches das moderne, nun in allen Lebensbereichen durch und durch individualisierte Individuum aktiv gestaltend zu leben habe, und erweitert sie bis hin zum letzten Atemzug.

Das bürgerliche 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 möglichst ‚gut‘ zu gestalten sucht. Diesem je eigenen Leben des individualisierten Individuums korrespondiert in der radikalisierten Normativität das von jedem selbst – selbstbestimmt und vorsorglich – zu gestaltenden ‚je eigenen guten Sterben‘, das möglichst schmerzfrei zu erfolgen hat und je selbstbestimmter umso würdevoller, gelungener erscheint.

Diese Vorstellung ist der Dreh- und Angelpunkt der verschiedenen fach- und professionsspezifischen wie der öffentlichen, medial-politischen Diskurse rund um das ‚gute‘ Sterben, welche die institutionelle Programmatik all der neu entstandenen und noch entstehenden und ebenso der alten, aber neu auszurichtenden Sterbe-Organisationen liefern. Dort das herkömmliche Alten-/Pflegeheim und die Klinik, für die es jetzt gilt, Hospizkultur und Palliativkompetenz zu implementieren; hier die seit den 1980ern sich ausbreitenden Palliativstationen und Hospizeinrichtungen; und nicht zu vergessen selbstverständlich das Sterben zuhause mit dem Hausarzt, dem ambulanten Pflegedienst, ggf. ehrenamtlichen Helfern oder einem ambulanten multiprofessionellen Palliative Care Team.

Noch in den 1950/60ern war Sterben als ein möglichst lange hinauszuschiebender, aber letztlich unvermeidlicher Betriebsunfall des modernen Gesundheitssystems zu kaschieren. Deshalb erfolgte das Abschieben des Sterbenden in das Stationsbadezimmer in der Klinik, wo die Ärzte einen großen Bogen darum machten und das Pflegepersonal verunsichert versuchte, die den klinischen Ablauf störende Sterbesituation 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 an menschlichen Leiderfahrungen für immer mehr Menschen als gesellschaftlich bearbeitbar, vermeidbar erschienen und durch moderne Institutionen minimiert oder gar 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 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.

Hier liegt die entscheidende Differenz zur vormodernen, traditionellen Gesellschaft, in der der Mensch sein diesseitiges Leben permanent von seiner Endlichkeit her gestaltete, die sich gleichsam zu jeder Zeit, zu 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 bloß nicht unvorbereitet in den Status des ewigen Lebens im Jenseits (im Himmel oder in der Hölle) hinüberzuwechseln zu müssen. Das moderne Versprechen des ‚natürlichen Todes‘ hingegen erlaubt dem modernen Menschen heute, sein gesamtes, immer länger dauerndes Leben in der Bewusstseinshaltung von ‚potentieller Unsterblichkeit‘ zu leben. Wahrscheinlich haben die wenigstens der hier Anwesenden heute in der Früh ihr Zuhause verlassen mit der Überlegung, was noch erledigt sein, 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 Austreibung 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, ist aus meiner Sicht irreführend, denn es geht nicht nur um individuelle Vorbereitung im Glauben und die gottgefällige Gestaltungskunst des Gläubigen. Im Kern der Modernisierung des Lebensendes heute stehen diskursive Prozesse in Verbindung mit institutionell-organisatorischen Strukturierungsprozessen, die mit Macht, Herrschaft und mit sozialer Ungleichheit verbunden sind sowie neue Rollenanforderungen, neue ‚Subjekte‘ 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 Sterbe-Arbeiter vom Hausarzt bis zum Ehrenamtlichen sowie viele andere, die alle an dem zu organisierenden ‚letzten Lebensprojekt‘ zu beteiligen sind und damit die institutionelle Aufbereitung des Lebensendes betreiben.

Ich fasse kurz zusammen: 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 ‚untersterblichen‘ Leben der Moderne 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 Lebensende – wie angedeutet – grundlegend verändert.

Das individualisierte Sterben wird zunehmend riskanter, weil es reflexiv wird. Für wen genau in welchem Ausmaß dieses möglichst gute, riskante Sterben mit welchen Folgen möglich wird oder nicht erreichbar ist – das wissen wir noch gar nicht, weil uns dazu die empirischen Erkenntnisse fehlen und wir noch mittendrin stecken in diesem großen gesellschaftlichen Laborexperiment der Neu-Ordnung des Lebensendes.

(3) Folgerungen für den empirischen Blick auf das riskante Sterben in der Reflexiven Moderne

In meinem letzten Schritt werde ich versuchen, eine knappe, schlaglichtförmige Forschungsprogrammatik für den empirischen Blick auf das riskante Sterben in der Reflexiven Moderne zu skizzieren, die sich aus den bisherigen Überlegungen ergibt. Wenn ich diese Skizze jetzt als Soziologe zeichne, der, aus der Tradition der Verstehenden Soziologie und der Theorie der Symbolischen Interaktion kommend, sich intensiver mit der Wissenssoziologie und vor allem mit dem Denken Michel Foucaults beschäftigt hat, geht es mir selbstredend nicht darum, apodiktisch genau dieses – also ‚mein‘ – Forschungsprogramm einzufordern. Vielmehr soll es hier nur als Diskussionsanregung dienen, was davon aus Sichtweise der hier verfolgten Projekte für eine Diskussion interessant, hilfreich oder vernachlässigbar bzw. einfach beiseite zu lassen wäre.

Meine Forschungsprogrammatik umfasst vier Punkte:

1. Welche Forschungsstrategie am Lebensende?

Weil wir uns mittendrin in einem gesellschaftlichen Labor-Experiment befinden, benötigen wir derzeit eine umfassende, häufig eher qualitative, weil explorative Empirie – wir wissen noch gar nicht genau, wonach wir Ausschau halten, mit welchen Kategorien, Operationalisierungen und Hypothesen wir hantieren könnten. Deshalb gilt es, einen quantitativen und qualitativen Empirismus zu vermeiden und theoriegenerierend vorzugehen, weil nur eine empirisch gestützte Theoriebildung die Praxis informieren kann, indem sie – die Theorie – die Praxis über ihre eigenen praktischen Selbstverständlichkeiten und Unhinterfragbarkeiten aufklären kann. Ebenso gilt es für uns Wissenschaftler einer vorschnellen methodologischen Kanonisierung im Sinne einer Pseudo-Objektivierung des methodischen Vorgehens zu widerstehen. Denn es geht aus meiner Sicht weniger um das Sterben als ein objektiv abbildbares Phänomen, als vielmehr ganz grundlegend um Sterben als einem sozialen Prozess, mit dem Fokus auf die Wissens- und Handlungsebene des ‚Sterben Machens‘.

2. Vom Diskurs zum Dispositiv: Diskurse als Generatoren ‚wahren Sterbewissens‘ und die Praxis des Sterben Machens

Vor diesem Hintergrund gilt es, empirisch zu rekonstruieren, wie welche Leitvorstellungen, Werte und Normen zum ‚guten‘ Sterben, die das Denken, Wahrnehmen und Handeln von Menschen orientieren, entstehen, durchgesetzt und als ‚wahres Wissen‘ prozessiert werden. Der theoretisch-methodologisch passende Instrument für die Rekonstruktion der diskursiven Herstellung und Durchsetzung ‚wahren‘, d.h. Geltung beanspruchenden Wissens, das als ‚für-wahr-genommen‘ dann handlungswirksam wird, sind Diskursanalysen zu Sterben und Tod. Welche Wissenspolitiken fungieren wie als Wahrheitspolitiken und produzieren welche für wen geltende symbolische Ordnung(en) des Lebensendes?

Weil es dem empirischen Blick aber nicht nur um das Orientierung gebende, handlungsleitende ‚wahre Wissen‘, um Leitvorstellungen, Normen und Werte, sondern auch um die Praxis selbst gehen muss, braucht es den empirisch-methodischen Zugriff auf die konkreten ‚Formen des Sterben Machens‘ (im Simmelschen Sinn). Empirisch zu rekonstruieren sind folglich die institutionellen Kontexte, in denen das riskanten Sterben raum-zeitlich situiert und mit Sterbe-Dingen (von der Schmerzpumpe bis zum Pflegebett) ausgestattet wird, mit Rollenerwartungen verbunden in konkreten sozialen Beziehungsformen ‚alltagspraktisch‘ ausgestaltet wird. Vor dem Hintergrund des ‚Reflexiv-werdens‘ dieser institutionellen Ausgestaltung des Sterbens, geht es dabei insbesondere darum, wie Deutungsungewissheit und Handlungsunsicherheit im praktischen Tun bearbeitet wird, wie versucht wird, Deutungsgewissheit und Handlungssicherheit herzustellen und eventuell gerade dadurch diese erneut irritiert werden, generell prekär bleiben oder solche Versuche letztlich auch scheitern – mit welchen institutionellen Folgen und Nebenfolgen?

Ein solcher Blick auf die Praxis, der in enger Verbindung zu den oben genannten Diskursanalysen steht, kann durch das Dispositivkonzept theoretisch begründet und mittels Dispositivanalysen methodologisch-methodisch umgesetzt werden. Welche Diskurse zum ‚guten‘ Sterben stehen mit welchen institutionellen Praktiken des ‚Sterben Machens‘ in einem erkennbaren Zusammenhang und verändern das moderne Sterbe-/Todesdispositiv zu einem reflexiv-modernen Sterbe-/Todesdispositiv?

3. Macht und Herrschaft

Eng verbunden mit dieser Frage nach gesellschaftlichem Wandel entlang des Diskurs- und Dispositivkonzepts, welches auf das Zusammenspiel von Diskursen, Praktiken, ihren Objektivationen und die Herstellung von ‚Subjekten‘ abstellt (der ‚gute‘ Sterbende, der palliativ kompetente Hausarzt, der ehrenamtliche Sterbebegleiter), ist die Frage nach Macht und Herrschaft. Wem kommt in welchem institutionellen Setting praktisch die Definitions- und Deutungshoheit über das gute, das gelingende Sterben im Vergleich zum schlechten Sterben zu? Wer hat in welchem raumzeitlichen Setting Verfüngsmacht worüber – über welche Sterbedinge, über Zeit, über Wissen, über welche Akteure des Sterbens usw. –, so dass sich letztlich z.B. die Differenz zwischen einem vom Sterbenden selbst zu disponierenden Sterben und dem von anderen, z.B. den Angehörigen, den Sterbearbeitern disponierten Sterben des Sterbenden erkennen lässt.

4. Schließlich: Die Frage nach sozialer Ungleichheit

Die soweit skizzierte Frage nach Macht und Herrschaft in der praktischen Ausgestaltung des ‚Sterben Machens‘ führt zwangsläufig zur Frage nach sozialer Ungleichheit im riskanten, ‚guten‘ Sterben. Denn: Je mehr ‚potentielle Unsterblichkeit‘ durch das Bewusstsein des Sterbens als ein selbst zu gestaltendes letztes Lebensprojekt ersetzt wird, je mehr Sterben gestaltbar, organisierbar, riskanter wird, umso mehr wird dieses Sterben zu einem ungleichen Sterben, umso mehr wird Sterben selbst zum ‚Ungleichheitsgenerator‘.

Unser gesamtes Gesundheitssystem erweist sich bis heute deutlich als sozial ungleich. Bildung, Einkommen, Beruflicher Status und berufliches 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. So

ist davon auszugehen: Je mehr Palliative Care und Hospizarbeit im Gesundheitssystem als Versorgung integriert sein werden, umso stärker werden sie die sozialen Ungleichheiten in unserer Gesellschaft beim Sterben reproduzieren und vielleicht sogar verstärken. Das ist eine empirisch zu klärende, aus meiner Sicht aber zentrale Frage.

Schluss

Dies führt mich direkt zum Schluss: Wie eingangs bei der Verkündung meines gegooelten Sterbedatums bereits benannt, ist das WANN meines Todes gar nicht so interessant, das WIE meines Sterbens erscheint wichtiger. Aber auch über das WIE meines Lebensendes weiß ich schon einiges, denn ich bin Jahrgang 1960 und kenne meine Generation: Die Baby Boomer waren immer schon zu viele. Im Kindergarten, in der Schule, bei der Lehrstellen- und Studienplatzsuche, später in der Rente wird es genauso sein. Wir waren immer zu viele und werden immer zu viele 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 der Wandel der Bestattungskultur vom großen Sarg zur platzsparenden Urne für Entlastung sorgen wird. Und dieses Zuviel wird auch den mit hoher statistischer Wahrscheinlichkeit in hohem Alter, in multimorbidem Zustand, von uns zu durchlaufenden längeren Sterbensprozess kennzeichnen, häufig allein, ohne Familienpflege, zuviel an Einsamkeit, zuviel an Angewiesensein auf Fremde... – und das alles wird für die Gesellschaft vor allem eine Kostenfrage sein: ein zuviel an Kosten! Und wie sehr mich dieses Schicksal treffen wird, wird vor allem eine Frage des sozialen Status sein – als bayerischer Beamter mag das für mich zugegebenermaßen nicht ganz so ängstigend sein, als Soziologe, der auf ‚die Gesellschaft‘ schaut, ist diese Perspektive extrem beunruhigend.

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, Altenheim, zuhause etc.). Mehr noch: Wie viel ‚Kapital‘ 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‘ verfügbar sein wird, umso wichtiger werden weitere soziale Netzwerke, am besten mit Kontakten zu medizinisch-pflegerischen Profis, vielleicht kennt man auch Ehrenamtliche oder die Koordinatorin eines Hospizvereins...? Wie viel kulturelles Kapital braucht es im Sinne von kulturell spezifischem Wissen darüber, wie unsere sozialen Unterstützungssysteme funktionieren, wo welche Formulare zu bewältigen sind, welche Informationsangebote wichtig sind...? Kurz gesagt: Wer arm ist, hat nicht nur kein Geld, sondern auch keine Netzwerke und wenig Vertrauen in Institutionen. Er wird sich schwer tun mit dem ‚guten Sterben‘.

Sterben wird immer riskanter – das bedeutet auch: Sterben benötigt immer mehr Vertrauen: in Personen ebenso wie in Institutionen. Dabei gilt: Je integrierter sich Menschen in eine Gesellschaft sehen, umso mehr Vertrauen können sie in die Institutionen und Organisationen, die diese Gesellschaft für die soziale Organisationen des ‚Sterben-Machens‘ bietet, entwickeln. Kann es also gutes Sterben für alle geben? Meine Antwort lautet: Nein, ein gutes Sterben für alle wird es nicht geben!

Die Ausgestaltung des gesellschaftlichen Zukunftslabors des ‚guten‘ Sterbens wird folglich anspruchsvoll und schwierig, aber ich selbst bin guter Dinge. Als ‚junger Alter‘ mit 50+, als ‚best ager‘ habe ich – anders als diese merkwürdige Wahrscheinlichkeitsrechnung zu meiner Lebenserwartung mir weismachen will – nach meinem Dafürhalten noch ca. 40-50 Jahre vor mir, bis das Ende kommt. Und damit habe ich noch jede Menge Zeit zur Vorsorge, zur Organisation ‚meines‘ riskanten Sterbens, das – so will es die Gesellschaft der Weiterlebenden – ein gutes Sterben sein soll.

VIELEN DANK!