

Department Communication and Cultural Management

Lehrstuhl für Kulturtheorie & -analyse

Prof. Dr. Dirk Baecker

## **STERBEN LERNEN**

Eine Dramaturgie des Sterbens im Hospiz

---

BACHELORTHESIS

Bearbeitet von:	Lukas Palm
Immatrikulationsnummer:	08100058
Studiengang:	Communication & Cultural Management
Semester:	Fall Semester 2010
Erstbetreuer:	PD Dr. Maren Lehmann
Zweitgutachter:	Prof. Dr. Dirk Baecker
Abgabedatum:	6. Dezember 2010

## **Zusammenfassung/ Abstract**

Die vorliegende Arbeit untersucht, wie Menschen im Hospiz den Umgang mit dem tragischen Sterben durch Komik lernen. Dies wird analysiert mit Hilfe des dramaturgischen Konzepts von Erving Goffman. Unter Rückgriff auf Beobachtungen im Hospiz, werden die Rollen der Komik für den Umgang mit dem Sterben im Hospiz ausgearbeitet, wie auch der Einfluss des Hospizes auf das Sterben – als eine Goffmansche totale Institution. Dabei führt die Sozialisierung im Hospiz zu einem Prozess des Sterben-Lernens. Die gesellschaftlichen Normen im Umgang mit dem Sterben werden zu diesbezüglichen hospiziellen Normen transformiert. Das Sterben wird nicht mehr negiert, sondern akzeptiert. Die Komik macht diese Transformation möglich. Die Arbeit zeigt, dass die Komik notwendig ist, um sterben zu lernen.

This paper examines how people organize the tragedy of death by the use of comic in hospices. This is analyzed by means of Erving Goffman's dramaturgical concept. Taking recourse to observational research in a hospice, the roles of comic for handling dying are elaborated, as well as the impact of hospices on death - as a Goffmanian total institution. The socialization in hospices leads to a learning process in relation to dying. The social norms of dying transformed into the hospice norms of dying. Death then is no longer negated, but rather accepted. Comic makes this transformation possible. This paper depicts the necessity of comic for learning how to deal with dying.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1	Leitfragen und Aufbau der Arbeit	3
1.2	Forschungsstand und Methodik	4
<b>2</b>	<b>Sterben in der heutigen Gesellschaft</b>	<b>7</b>
2.1	Sterben	7
2.2	Institutionalisiertes Sterben	9
2.3	Die heutige Gesellschaft: eine Gegenwartsdiagnose	12
2.4	Dramaturgie 1: Die Tragik	20
<b>3</b>	<b>Eine „Einweisung“ in das Hospiz</b>	<b>21</b>
3.1	Goffmans totale Institution	21
3.2	Hospiz als totale Institution	26
3.3	Hospiz als Zuhause	29
3.4	Die Unterscheidung des Hospizes	34
<b>4</b>	<b>Sozialisierung im Hospiz</b>	<b>35</b>
4.1	Goffmans soziale Situationen und das Selbst	35
4.2	Dualität von sozialen Rahmen	36
4.3	Rahmenbruch	42
4.4	Dramaturgie 2: die Komik	44
4.5	Sozialisierung: Die Komik als Spiel und Rahmen	46
4.6	Die Komik des Hospizes	51
<b>5</b>	<b>Sterben lernen?</b>	<b>53</b>
	Literaturverzeichnis	57
	Ehrenwörtliche Erklärung	60
	Anhang DVD	

**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1:	Ein Cowboy im Hospiz	30
Abbildung 2:	Luftballon im Hospiz	37
Abbildung 3:	Blumen im Hospiz	51-52

## 1 Einleitung

*„They [doctors] are going to tell you: did you know that you are dying? Your death is almost here [...] you are not going to live any longer, your body and your functions are not working properly. You overran this motor too much, so you are dying ... soon.“<sup>1</sup>*

Vor dieser ärztlichen Diagnose fürchten sich die Menschen der heutigen westlichen Gesellschaft, denn auch sie sind sterblich. Das Sterben wird per se als tragisch angesehen. Dementsprechend wird damit auch umgegangen. Der mündige Bürger zeigt sich bestürzt und bedauernd, wenn er von der Sterbediagnose einer Person erfährt. Jede Form der Komik scheint im Umgang mit dem Sterben unangebracht zu sein. Allein die Absicht eines Scherzes wird als unmoralisch und respektlos dargestellt. Aber muss der Mensch nicht gerade mit Komik auf die Tragik des Sterbens reagieren, um mit dieser umgehen zu können?

Denn, wie es heutzutage beobachtbar ist, impliziert ein tragischer Umgang mit dem Sterben, dessen Negation. Vielleicht, weil das Sterben ein gesellschaftliches Problem ist, dem sich kein Mensch entziehen kann und deshalb gerne gemieden und tabuisiert wird. Solange keine Person im näheren Umfeld davon betroffen ist, erfährt Sterben, keinen natürlichen Einzug in Alltagsgesprächen. Die Menschen haben scheinbar keine alternative Erfahrung im Umgang mit dem Sterben, als die der Negation. Das hat zur Folge, dass viele Menschen mit der Situation des Sterbens überfordert sind, denn sie wissen nicht, wie sie mit ihr umgehen sollen. Sie haben es nicht gelernt mit der Tragik des Sterbens umzugehen.

Durch die vorherrschende Institutionalisierung der Sterbenden in Krankenhäuser und Pflegeheimen wird das Erfahrungsdefizit der Menschen vom Sterben verstärkt. Das Sterben ist für sich nicht mehr sichtbar, denn es findet zum Großteil in abgeschlossenen

---

<sup>1</sup> Erzählung eines Hospizbewohners in Anhang DVD, transkribiert aus Video 1. Die Originaldialoge in den Videoaufnahmen wiesen häufig einen starken Tex-Mex Dialekt auf (eine an Grenzstädten USA/Mexiko häufig gesprochene Mischung aus Spanisch und Englisch). Alle Dialoge in der vorliegenden Arbeit wurden grammatikalisch verbessert, sofern die Korrektur den Sinn einer Aussage nicht verändert.

Einrichtungen statt. Dessen ungeachtet besteht die Wunschvorstellung vom Sterben, aller Individuen einer Gesellschaft, sich friedlich zuhause ins Bett zu legen, um anschließend nicht mehr aufzuwachen. Sie gleicht „dem romantischen Motiv des schönen Todes“, dass heutzutage aber zur Ausnahme wurde (Ariès 2009: S. 728). Denn durch die lebensverlängernden Maßnahmen der Medizin, wie z.B. Infusionen, Magensonden, Herzschrittmacher und v.m., wurde auch das Sterben verlängert. Viele Menschen befinden sich über Wochen, Monate oder Jahre hinweg im aktiven Sterbeprozess, der durch die künstliche Medizin kein natürliches Ende findet. Ein würdiges und zwangloses Sterben wird dem Menschen unmöglich gemacht. Das Sterben kann nicht mehr selbstbestimmt werden. Dies ist für den einzelnen Sterbenden und seine Angehörigen tragisch, und für alle Außenstehenden gleichgültig. Denn sie erfahren nichts vom institutionalisierten Sterben. So fordert Ariès: „Es ist also an der Zeit, ihn [den Tod] wieder erträglicher zu machen, indem man ihm entweder seine natürliche Würde zurückgewinnt [...] oder ihn durch eine Art von Vorbereitung bannt, die sich wie eine Kunst erlernen lässt“ (1982: S. 758-59).<sup>2</sup> Und die Komik scheint dabei, wie im folgenden Beispiel eines Sterbenden beobachtbar, eine Möglichkeit zu sein, mit dem Sterben umzugehen und es erträglicher zu machen:

*„I promise you something, it is a pretty good trip [to heaven]. And you don't have to swing your arms [...] you don't use your arms [...] you push the button, and you are gone!”<sup>3</sup>*

Dieses Beispiel stammt aus einem Hospiz<sup>4</sup>, einer Institution in der versucht wird, ein würdiges Sterben zu ermöglichen. Dort wird das Sterben akzeptiert und selbstbestimmt. Innerhalb eines Hospizes ist Komik anzutreffen – im Kontrast zum gesellschaftlichen tragischen Verständnis im Umgang mit dem Sterben. Die meisten Personen, die sich

---

<sup>2</sup> Fortführung des Zitats von Ariès: „und von E. Kübler-Ross an der University of Chicago gelehrt wird. Dort können die Studenten, ohne selbst gesehen zu werden, durch eine Einwegscheibe die Sterbenden – mit deren Einwilligung – beobachten und hören, wie sie sich mit Psychologen und Medizinern, den neuen Herren des Sterbens, über ihren Zustand unterhalten.“ Kübler-Ross' Methoden mögen vielleicht zu einem besseren Verständnis von Sterben führen, doch ist dies kein direkter Umgang mit einem Sterben, sondern eine gestellte Situation, die durch ein Trennglas zum unbeteiligten Beobachten einlädt und somit für die Dramaturgie der vorliegenden Arbeit keine Rolle spielt.

<sup>3</sup> Erzählung eines Hospizbewohners in Anhang DVD, transkribiert aus Video 2.

<sup>4</sup> 1967 wurde in London das erste offizielle Hospiz durch die englische Ärztin Cicely Saunders eröffnet, die damit die Hospizbewegung begründete und nicht, wie lange fälschlicherweise angenommen wurde, durch Elisabeth Kübler-Ross. Vgl. Klaus Feldmann, 1997: S. 72.

über einen längeren Zeitraum in einem Hospiz sozialisieren, pflegen einen komischen Umgang mit dem Sterben. Es scheint als würde für sie das Sterben normal – ganz nach dem Hospizgedanken. Augenscheinlich haben sie den Umgang mit dem Sterben gelernt, obwohl es für sie immer noch tragisch ist. Vielleicht findet das Sterben in der heutigen Gesellschaft ein Exil im Hospiz. Die Komik und die Tragik lassen sich dabei als eine Dramaturgie<sup>5</sup> des Sterbens beschreiben.

## 1.1 Leitfragen und Aufbau der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit untersuche ich wie Menschen in Hospizen den Umgang mit dem Sterben erlernen. Ich zeige auf, dass der Mensch verlernt hat mit seiner und der Sterblichkeit anderer umzugehen. Dementsprechend werden zwei zentrale Thesen aufgestellt: Erstens verändert die Einweisung eines Menschen in ein Hospiz seinen Umgang mit dem Sterben – durch den Prozess der Sozialisierung im Hospiz lernt er sowohl sein Sterben, als auch das Sterben der anderen zu akzeptieren. Zweitens kann der Mensch ohne die Komik mit der Situation des Sterbens nicht umgehen. Insbesondere die Institution des Hospizes bietet hierfür einen Rahmen.

Diese Behauptungen werde ich anhand der folgenden vier Leitfragen untersuchen: Wie geht unsere Gesellschaft mit dem Sterben um? Unterscheidet sich ein Hospiz von anderen Institutionen, in denen gestorben wird und wenn ja, wie? Wie verändert das Sterben im Hospiz den sozialen Umgang mit dem menschlichen Sterben und den Sterbenden? Warum ist im Hospiz eine Komik im Umgang mit dem tragischen Sterben zu beobachten und inwieweit kann ein Mensch dadurch sterben lernen?

Bei der Untersuchung der oben beschriebenen Thesen beobachte und diskutiere ich die soziale Interaktion der Sterbenden, deren Angehörigen und Pfleger eines Hospizes. Es geht nicht um den Umgang mit Totenriten, nachdem ein Mensch gestorben ist, sondern um ein soziales Lernen, das durch die Interaktion mit Sterbenden vor dem Tod erreicht werden kann.

---

<sup>5</sup> Für das Verständnis der „Dramaturgie“ der vorliegenden Arbeit, vgl. Kapitel 1.2., S. 5.

In Bezug auf den Untersuchungsgegenstand werde ich in drei Kapiteln drei unterschiedliche soziale Systeme untersuchen: Gesellschaft, Organisation und Interaktion. Kapitel 2, „Sterben in der heutigen Gesellschaft“, liefert eine Gegenwartsdiagnose des Sterbens in der heutigen Gesellschaft. Diese dient als Grundlage, um darauf aufbauend die Tragik durch die Institutionalisierung des Sterbens in dieser Gesellschaft beschreiben zu können.<sup>6</sup> Dafür werde ich einleitend versuchen das Sterben näher zu bestimmen und dessen Institutionalisierung darzustellen. Als möglichen Ort des Sterbens werde ich in Kapitel 3, „Eine *Einweisung* in das Hospiz“, das Hospiz als totale Institution nach Erving Goffman beschreiben und dessen Unterscheidung aufzeigen. Auf der Ebene der Interaktion in Kapitel 4, „Sozialisierung im Hospiz“, beobachte und diskutiere ich den Prozess der Sozialisierung im Hospiz. Speziell gehe ich auf die dort beobachtbare Komik und Tragik ein, um anschließend die Frage nach dem Erlernen des Sterbens im Hospiz zu beantworten.

## 1.2 Forschungsstand und Methodik

Der Tod ist seit vielen Jahrhunderten Gegenstand gesellschaftlicher Diskussion. Die Wissenschaft beschäftigt sich jedoch erst in den letzten Jahrzehnten vermehrt mit dem Tod und damit auch dem Sterben. Die Entstehung einer Thanatosoziologie, als Teil der Soziologie, ist eine Folge des zunehmenden wissenschaftlichen Interesses am Tod und Sterben der Menschen. Das Hospiz ist eine in ihrer Entstehung relativ neue Institution, in der Menschen in unserer heutigen Gesellschaft sterben. Begleitet von einer sich immer mehr ausbreitenden Hospizbewegung, ist das Hospiz Auslöser und Motor öffentlicher Debatten, um ein würdevolles und selbstbestimmtes Sterben. Aus soziologischer Perspektive wurden Hospize bisher wenig beobachtet und untersucht (vgl. Knoblauch und Zingerle 2005: S. 11). Die vorliegende Arbeit liefert einen soziologischen Beitrag zum Verständnis des Verhaltens und der Sozialisierung der

---

<sup>6</sup> Eine Beschreibung des Sterbens in der heutigen Gesellschaft mag im Rahmen einer Arbeit wie dieser, die sich speziell mit der Interaktion im Hospiz beschäftigen soll, als zu weitläufig erscheinen. Um jedoch das Verhalten im Umgang mit dem Sterben im Hospiz von Bewohnern, Angehörigen und Pflegern zu erklären, ist eine Bestimmung des Sterbens und der geistigen Haltung zum Sterben in der Gesellschaft notwendig. Denn das Verhalten in einem Hospiz rekurriert mit den in der Gesellschaft erlernten Mustern, die im Rahmen des Hospizes das Verhalten beeinflussen.

Bewohner und deren Angehörige im Hospiz, sowie der Rolle der Komik im Umgang mit dem Sterben.<sup>7</sup>

Der theoretische Hintergrund dieser Arbeit stützt sich auf Erving Goffmans Literatur und Dramaturgie, die ihre Anwendung in der Beschreibung der Institution Hospiz und der Untersuchung der Interaktion im Hospiz findet. Demnach wird der Arbeit das Verständnis des dramaturgischen Konzepts nach Goffman zugrunde gelegt, das nicht das Selbst und seine Rollen als Gegenstand der Analyse ansieht, sondern das, worauf sie sich beziehen, was in der Dramaturgie der vorliegenden Arbeit die dramaturgische Kooperation von Komik und Tragik im Umgang mit dem Sterben darstellt. Dies wird als Dramaturgie beschrieben, da Individuen in der Interaktion mit anderen, Rollen einnehmen, ihre Interaktion einer Darbietung gleicht und alle Anwesenden von Goffman als Publikum verstanden werden, gleich einem dramaturgischen Schauspiel (Goffman 1990: S. 252-253). Durch den Kontrast der Tragik und der Komik ergibt sich anschließend die Dramaturgie der vorliegenden Arbeit. Die Übertragung dieser Metaphorik auf soziale Situationen lässt den Beobachter das Verhalten der Individuen wie in einem dramaturgischen Drehbuch verfolgen und anschließend analysieren.

Als empirische Unterstützung der Argumentation dienen Videoaufnahmen und Berichte, die ich während meiner 11 Monate in der Funktion eines Pflegers in einer Hospizeinrichtung in McAllen, Texas (USA) anfertigte. Dort begleitete ich 115 Hospizbewohner von ihrer Einweisung ins Hospiz bis zu ihrem Tod, sowie deren Familienangehörige, die Besucher der Hospizeinrichtung waren. Die Erstellung der Videoaufnahmen war dabei keinem Zweck untergeordnet, sondern lediglich eine Beobachtung dessen, was im Hospiz passiert. Gespräche und Situationen aus Videoaufnahmen wurden für die vorliegende Arbeit transkribiert oder beschrieben und als DVD angehängt. Wohingegen die Berichte von mir geschrieben wurden, um für Außenstehende das Leben und die Arbeit im Hospiz darzustellen. Sie bestehen größtenteils aus Beschreibungen einzelner Situationen, die ich im Hospizalltag

---

<sup>7</sup> „Obwohl die Alltagssprache voll von Komödienbegriffen und entsprechenden Strukturen ist, zeigt gerade das gegenwärtige Alltagsleben, ebenso wie die aktuelle Kunst- und Theorienproduktion, eine auffällige Abwesenheit des Komödienhaften – und eine sich stillschweigende ausbreitende, nahezu widerspruchslos hingenommene Vorherrschaft des Tragischen.“ Vgl. Robert Pfaller 2005: S. 17). Die vorliegende Arbeit soll unter anderem einen bescheidenen Beitrag zur Anwesenheit des Komödienhaften in der Wissenschaft leisten.

beobachten konnte. Im Folgenden habe ich nur Beschreibungen zitiert, die keine persönliche Wertung beinhalten. Auch die Berichte sind als Anhang auf der DVD angefügt. Zusätzlich wurden für diese Arbeit zwei kurze literarische Beschreibungen verfasst: Sterben und Einweisung in ein Hospiz.<sup>8</sup>

Der Begriff der teilnehmenden Beobachtung erscheint im Rahmen der Erhebung des Materials als nicht zutreffend. In der Bezeichnung dieses Vorgehens beziehe ich mich auf den Begriff der „beobachtenden Teilnahme“, der bereits als methodische Grundlage für Untersuchungen im Hospiz diente (vgl. Pfeffer 2005: S. 103 ff.). Dabei wird dem Beobachter kein Forscherstatus zugeschrieben, sondern die Rolle eines aktiv teilnehmenden Mitgliedes des sozialen Milieus. Die Methode erlaubt es, durch die Sozialisierung des Beobachters im Forschungsfeld, Situationen zu erfahren und zu beobachten, die durch einen Forscherstatus nur schwer bis gar nicht zugänglich wären. Besonders dann, wenn die Beobachtung im höchsten Grade private und intime Situationen von Menschen umfasst und dem zufolge ein Zugang zum Forschungsfeld sehr schwierig ist. Dies trifft auf das Hospiz zu. Schwächen und Grenzen meiner Aufzeichnungen können in der von mir beeinflussten Interaktion einer Situation liegen und werden daher nicht als Beweis, sondern zur Plausibilisierung der Argumentation verwendet. Darüber hinaus ist es wichtig anzumerken, dass ich in meiner Arbeit auf meine beobachtende Teilnahme zurückgreife, die in einem Hospiz in den USA stattgefunden hat. In meiner Argumentation beziehe ich mich jedoch auf den institutionellen und geistigen Hintergrund des Sterbens in westlichen Industriegesellschaften, vor allem Deutschland. Auf die Relevanz des verwendeten Materials hat dies jedoch keinen Einfluss. Die Institutionalisierung und der gesellschaftliche Umgang mit dem Sterben in den USA sind z.B. denen von Deutschland sehr ähnlich. Auch die Hospizinstitutionen in den USA und in Deutschland entsprechen sich in ihrer Organisation und Philosophie (vgl. Farnon 1996). Ausschlaggebend ist, dass es in der vorliegenden Arbeit um westliche Industriegesellschaften und das Sterben des modernen Menschen geht.

---

<sup>8</sup> Alle Beschreibungen und Gespräche sind im Text als solche kenntlich gemacht.

## 2 Sterben in der heutigen Gesellschaft

### 2.1 Sterben

Beschreibung eines Sterbeverlaufs:

*In einem kleinen Zimmer eines Hospizes liegt ein von seiner Krankheit gezeichneter alter Mann unter einer sorgfältig bis zum Hals hochgezogenen Decke. An seinem Bett steht seine erwachsene Tochter und in einem Sessel am Ende des Bettes sitzt seine Ehefrau. Langsam bewegen sich seine Füße am unteren Bettende, wodurch sich die Decke leicht auf- und ab bewegt, nahezu im gleichen Rhythmus, wie sein kaum wahrnehmbares Atmen, das seinen Brustkorb sanft anhebt und wieder senkt. Dabei liegt der alte Mann starr im Bett, sein Mund steht offen und seine einst dunkelbraunen Augen sind milchig-blass unter den halboffenen Augenlidern zu erkennen.*

*Vor fünf Wochen hat er dieses Bett das letzte Mal verlassen, vor zwei Wochen artikulierte er das letzte Wort und seit fünf Tagen kann er weder Nahrung noch Flüssigkeiten zu sich nehmen. Seine Tochter versucht vergeblich, mit einem weißen schwammartigen Stäbchen das Austrocknen seines Mundraums zu verhindern, der mittlerweile eine holzartige Härte angenommen hat. Gestern färbten sich die Beine des alten Mannes violett-blau, vor sieben Stunden wurden sie, beginnend bei den Zehen, immer kälter und seit einer Stunde sind seine Arme und seine Nase kalt. Parallel dazu ist die gesunde Röte seiner Haut verschwunden. Ein leichtes Röcheln im Gaumenbereich des Vaters, bewegt die Tochter dazu, ihre Mundpflege abbrechen. Sie wärmt seine Hand mit ihren Händen. Die mittlerweile aufgestandene Ehefrau streichelt ihm sanft über seinen Kopf, gibt ihm einen Kuss auf die Stirn und lächelt. Zehn Minuten später ist er tot.<sup>9</sup>*

„Es besteht eine allgemeine Scheu, den Begriff ‚Sterben‘ zu definieren“ (Feldmann 2010: S.126). In der Wissenschaft, wie auch in der Medizin gibt es immer wieder unterschiedliche Auffassungen darüber, wie Sterben definiert werden kann. Um Sterben genauer zu bestimmen, bedarf es einer Kontextualisierung, in dem Leben und Tod gleichermaßen eine Rolle spielen. Es erscheint in diesem Zusammenhang sinnvoll, die

---

<sup>9</sup> Vom Autor verfasst.

Beziehung zwischen Leben, Sterben und Tod näher zu beschreiben. Erst dann wird deutlich, von welchem Sterben hier die Rede ist.

„Der Tod ist das absolute Ende der Person“ und die Bedrohung des Todes ist für die Menschen „total“, sagt Nobert Elias (2002: S. 49). Kein Mensch kann sich zu seinen Lebzeiten eine wahrhaftige Vorstellung vom Tod machen. Thomas Macho begründet es, indem er sagt, „dass kein System sein eigenes Ende widerspruchsfrei konzipieren kann“ (Macho 2000: S. 91)<sup>10</sup>. Speziell beim Tod ist dies unmöglich, denn dieser kann in seiner Absolutheit nur einmal erlebt werden.<sup>11</sup> Doch der Tod, der die totale Vernichtung alles Lebendigen eines Menschen bedeutet, „ein Problem der Lebenden.“ (Elias 2002: S. 11) Simmel verdeutlicht dieses Problem: „Er [der Tod] begrenzt, d. h. er formt unser Leben nicht erst in der Todesstunde, sondern er ist ein formales Moment unseres Lebens, das alle seine Inhalte färbt: die Begrenztheit des Lebensganzen durch den Tod wirkt auf jeden seiner Inhalte und Augenblicke vor.“ (Simmel 1910: S. 83) Wenn der Tod, wie Simmel es hier beschreibt, das Leben der Menschen beeinflusst, dann prägt er auch unweigerlich deren Sterben. Denn wie Elias feststellt, ist Sterben ein Prozess der während des Lebens stattfindet und den er als einen „Zerfall von Menschen“ beschreibt (Elias 2002: S.52, 89). Leben, Sterben und Tod stehen demzufolge in einer sich ständig beeinflussenden Beziehung zueinander.<sup>12</sup> Der Sterbeprozess ist ein „integrale[r] Bestandteil des Lebens“, der mit dem Tod endet (ebd.: S. 68).

Dieser Sterbeprozess kann auf unterschiedliche Weise bei jedem Menschen schneller oder langsamer voranschreiten. In dieser Arbeit geht es nicht um ein plötzliches Sterben, wie z. B. das Sterben, ausgelöst durch einen Herzinfarkt oder eine gewalttätige Außeneinwirkung. Es geht um einen Sterbeprozess, der den Tod eines Menschen ankündigt und gleichzeitig von den Betroffenen verlangt, mit dieser Situation umzugehen. Ein Prozess der langwierig sein kann. Die Frage, wann und warum der Sterbeprozess im Leben eines Menschen beginnt, spielt für diese Argumentation keine

---

<sup>10</sup> Der Glaube an eine Unsterblichkeit und an ein Leben nach dem Tod, sind Gedankenkonstrukte, die eine mögliche Vorstellung des Todes beschreiben, sei es religiösen Ursprungs oder nicht. Sie können aber keine allgemeine Vorstellung für den Tod liefern, denn dies kann ein Mensch weder prüfen, noch beweisen. Dies soll in dieser Arbeit nicht weiter diskutiert werden.

<sup>11</sup> Inwiefern ein Mensch, der nach einem Herzstillstand wiederbelebt wurde, als Ausnahme gelten kann, ist für die Argumentation nicht von Relevanz.

<sup>12</sup> Vgl. auch mit 2.3., S. 14, Georg Simmels Schiffsmetapher.

Rolle. Vielmehr der Zeitpunkt, ab dem ein Sterbeprozess den Menschen in einen Zustand versetzt, der es ihm unmöglich macht, seinen Alltag ohne Hilfe anderer zu bestreiten. Ab diesem Zeitpunkt befindet sich der Sterbende in einer abhängigen Beziehung zu Dritten (Ärzte, Pfleger, Angehörigen etc.). Die Situation des Sterbens ist eine soziale Situation, die im 21. Jahrhundert vorwiegend in entsprechenden Institutionen stattfindet und von diesen bestimmt wird.

## 2.2 Institutionalisiertes Sterben

Heutzutage sterben die Menschen vorwiegend in Krankenhäusern oder in Altenpflegeheimen. Hospize versorgen nur einen kleinen Teil der Sterbenden. 2007 starben in Deutschland ungefähr 80 Prozent der Sterbenden in Krankenhäusern oder Pflegeheimen und rd. 12,5 Prozent in stationären Hospizen oder in Palliativstationen (HPCV-Studie 2008: S. 2).<sup>13</sup>

In Krankenhäusern herrscht eine „Zellendisziplin“, wie es Ariès ausdrückt (Ariès 2009: S. 730). Aneinandergereihte Einzel- oder Mehrbettzimmer beherbergen auf meist mehreren Etagen unzählige Patienten, gleichgültig aus welchem Grund sie im Krankenhaus sind. Für Sterbende bedeutet dies eine Gleichstellung mit anderen schwerkranken Patienten (ebd.: S. 748). Sterbende und Schwerkranke werden meist in einer von Krankenhäusern integrierten Palliativstation versorgt (HPCV-Studie 2008: S. 21). Die Krankenbehandlung fällt für beide, Sterbende und Schwerkranke, ähnlich aus: Ärzte und Pflegepersonal versuchen die Schmerzen der Patienten zu kontrollieren und sie bestmöglich zu versorgen, wobei in Krankenhäusern dies meist „mechanisch und unpersönlich“ geschieht (Elias 2002: S. 65).

Dass ein Mensch in einem Krankenhaus stirbt, erscheint paradox. Die Institution Krankenhaus hat zum Ziel, Menschenleben zu retten. Ärzte verpflichten sich, alles ihnen Mögliche für die Genesung eines Menschen zu unternehmen, die Verlängerung eines Menschenlebens hat dabei oberste Priorität (Streckeisen 2005: S. 127). Erhält ein

---

<sup>13</sup>„Stationäre Hospize sind kleine Einrichtungen, die institutionell unabhängig arbeiten [...] Palliativstationen sind Fachabteilungen eines Krankenhauses“ (HPCV-Studie 2008: S.21).

Patient eine Unheilbarkeitsdiagnose und damit einhergehend die Gewissheit, dass er das Krankenhaus höchstwahrscheinlich nicht mehr lebend verlassen wird, so ist seine Anwesenheit in einem Krankenhaus eigentlich ein Widerspruch. Trotzdem verbringen viele Sterbende die letzten Tage ihres Lebens im Krankenhaus. Häufig sterben sie umgeben von Beatmungsmaschinen, Infusionen und fortschrittlichen technologischen Geräten. Ariès beschreibt es als „das unbarmherzige, bereits klassisch gewordene Bild, des mit Schläuchen und Röhren gespickten Sterbenden.“ (Ariès 2009: S. 748) Zwar ist die Versorgung und Pflege von Sterbenden in Palliativstationen, wie es auch im Hospiz der Fall ist, eine Palliative-Care, eine Palliativversorgung, mit dem Ziel die Lebensqualität des Sterbenden zu sichern. Doch auch diese Fachabteilung ist eine institutionalisierte Teilorganisation des Krankenhauses. Hierzu Dirk Baecker (2007: S. 260): „Die Institutionalisierung der Organisation bedeutete, dass das Krankenhaus beginnt, sich nicht nur extern, sondern auch intern auszudifferenzieren, ein Prozess, der historisch schon sehr früh begann und sich in der modernen Gesellschaft uneingeschränkt entfaltete.“ Eine Palliativstation ist demnach eine interne Ausdifferenzierung des Krankenhauses. Sie versucht den Widerspruch des Sterbens im Krankenhaus zu lösen, unterliegt aber gleichzeitig dessen Zweck der Verlängerung des Lebens. Auf einer Palliativstation wird versucht schwerstkranke Menschen zu heilen. Die Aufgabe besteht darin, „Beschwerden zu lindern und die Situation der schwerkranken Menschen so zu verbessern und zu stabilisieren, dass sie wieder entlassen werden können.“ (HPCV-Studie 2008: S. 21). Schlussfolgernd ist sie eine Fachabteilung des Krankenhauses, die versucht den Widerspruch des Sterbens im Krankenhaus zu lösen, doch diesen gleichermaßen wieder generiert. Dieser nicht geklärte Widerspruch erklärt auch, weshalb Palliativstationen in Deutschland sich sehr stark in der Anwendung der Palliativmedizin unterscheiden. Es gibt keinen einheitlichen Standard und meist werden die Sterbenden gleich den Patienten auf einer normalen Krankenhausstation behandelt (Göckenjan und Dreßke 2005: S. 150). Dennoch verbessern Palliativstationen den Umgang mit dem Sterben in Krankenhäusern, im Gegensatz zu den Intensivstationen.

Ein alternativer Ort, der sterbende Menschen in der heutigen Gesellschaft beherbergt, ist das Altenpflegeheim. Menschen, die nicht mehr ohne Betreuungs- und Pflegehilfe leben können, werden in Altenpflegeheimen versorgt. Altenpflegeheime gleichen nach

Baudrillard einem Ghetto, einem „Vorfeld des Todes“ (Baudrillard 2005: S. 257). Ihre Bewohner wohnen und leben dort. Meist verbringen sie ihre letzte Lebenszeit nicht mehr zuhause, sondern im Altenpflegeheim, umgeben von anderen Bewohnern, die mit ihnen das gleiche Schicksal teilen. Lassen sich bei einem Bewohner körperliche, lebensbedrohliche Anzeichen ausmachen, entscheidet der für den Bewohner zuständige Arzt oder im Extremfall der Notdienst über notwendige lebensverlängernde Maßnahmen. Kommt es zum Beispiel zu einem Herzstillstand des Bewohners, dann werden auch im Pflegeheim wiederbelebende Maßnahmen durchgeführt.<sup>14</sup> Das Altenpflegeheim verfährt mit dem Prozess des Sterbens seiner Bewohner ähnlich des Umgangs von Krankenhäusern und Palliativstationen. Es unterliegt dem gleichen, grundsätzlichen Widerspruch, denn sterben soll in diesen Institutionen zunächst kein Mensch.<sup>15</sup>

Im Gegensatz zu Krankenhäusern und Alten-/Pflegeheimen, den institutionell bedingten „Sterbeverhinderern“ wird in Hospizeinrichtungen das Sterben von Menschen zugelassen. Die Bewohner eines Hospizes werden im Falle eines Herzstillstandes nicht wiederbelebt. Sie leben und sterben in einer Institution, die das Ziel verfolgt, Menschen ein friedliches, schmerzfreies und natürliches Sterben zu ermöglichen. Im Jahr 2007 hätten ungefähr 60 Prozent aller in Deutschland verstorbenen Menschen diese Versorgung benötigt, nur knapp ein Fünftel davon haben sie erhalten (HPCV-Studie 2008: S. 2). Es kann nicht behauptet werden, dass Sterben in Krankenhäusern und Pflegeheimen prinzipiell falsch oder schlecht sei. Diese Institutionen sehen keinen anderen Umgang mit dem Sterben als den der Heilung vor. Unheilbar kranke Menschen

---

<sup>14</sup> Ist es dem Sterbenden nicht mehr möglich seinen Willen mitzuteilen, dann kann er nur mittels einer verfassten Patientenverfügung Einfluss auf seine Krankenbehandlung nehmen. Ein Arzt ist in der Behandlung eines Menschen an dessen Patientenverfügung gebunden und verpflichtet, das Sterben dieses Menschen nach dessen Willen zu verhindern oder zuzulassen. Doch besitzt nur eine geringe Anzahl an Sterbenden solche Verfügungen. Siehe zur Diskussion der Patientenverfügung u.a. Meier/Borasio/Klutzer (Hrsg.) 2005: Patientenverfügung: Ausdruck der Selbstbestimmung - Auftrag zur Fürsorge. Verlag Stuttgart.

<sup>15</sup> Auch Ärzte und Pfleger sind in Krankenhäusern und Pflegeheimen gezwungen, alles Erdenkliche zu unternehmen, um einem Menschen das Leben zu verlängern, gleichgültig ob es wirklich zu einer Lebensverlängerung des Sterbenden führt oder diesem Schaden zufügt. Sie stehen unter dem ständigen Druck des Vorwurfs der unterlassenen Hilfeleistung von sich zu weisen, vgl. Gronemeyer 2007, S. 49ff. Ein Arzt kommentiert dies wie folgt: „Das ist ja fast aktive Euthanasie, wenn Sie jemandem über drei, vier Tage kein Wasser anbieten. Weil: ohne Wasser lebt der Mensch nicht. Das ist, glaube ich, das Problem [...]. Ich glaube, da sind wir konservativ, da haben wir einfach Bedenken, aktiv zu werden“ vgl. Streckeisen 2005, S. 137. Dass in vielen Sterbefällen eine zwanghafte Zufuhr von Wasser dem Sterbenden schadet, wird von Ärzten dem Paradigma des Heilens untergeordnet.

benötigen bzw. verlangen jedoch meist einen entgegen gerichteten Umgang. Warum kam es zu dieser Institutionalisierung des Sterbens und welche Folgen hat sie auf den gesellschaftlichen Umgang mit dem Sterben? Diese Fragen werden im Folgenden durch eine Gegenwartsdiagnose der heutigen Gesellschaft beantwortet.

### 2.3 Die heutige Gesellschaft: eine Gegenwartsdiagnose

Seit Ende des 20. Jahrhunderts bedeutet die Krankenbehandlung für einen Patienten die Auseinandersetzung mit Computern, digitalen Messgeräten, Schläuchen und unzähligen technischen Instrumenten. Arztpraxen und Krankenhäuser sind hoch strukturierte und technisierte Organisationen, die alles daran setzen, den Patienten ein gesundes und möglichst langes Leben zu ermöglichen. Dass ein Mensch sterben kann und irgendwann wird, ist den Mitgliedern der Organisationen bewusst, doch „die Technik verleibte sich die Domäne des Todes in einem Maße ein, dass die Illusion entstand, er sei abgeschafft“ (Ariès 2009: S. 762).<sup>16</sup> Lebensverlängernde Maßnahmen wurden niemals zuvor in solch hohem Maß angestrebt, wie es heutzutage der Fall ist. „Das Wissen, daß der Tod unabwendbar ist, wird durch das Bemühen, ihn mit ärztlicher und mit Versicherungshilfe mehr und mehr hinauszuschieben, und die Hoffnung, daß es gelingen könnte, überlagert.“ (Elias 2002: S. 52)

Die Hoffnung wird erhalten durch die Sicherheit, lange gesund leben zu können und sie wird unterstützt durch die stets steigende durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen. War vor 50 Jahren der 85. Geburtstag einer Person noch eine Seltenheit, so ist solch ein Ereignis heute nicht mehr überraschend. Auch der Schutz des Individuums durch ein Rechts- und Staatsystem ermöglicht einem Menschen, der Teil dieses Systems ist, ein Leben ohne „faktische Todesgefahr“ (Elias 2002: S. 14-15, S. 50). In der

---

<sup>16</sup> Für die Argumentation verwende ich überwiegend Nobert Elias und Philippe Ariès jeweilige Erklärung des Sterbens in der heutigen Gesellschaft. Elias argumentiert aus anthropologischer und Ariès aus soziologischer Sicht. Auch widerspricht Elias Ariès in Teilen seiner Argumentation. Sie begründen ihre Argumentation aus unterschiedlichen Blickwinkeln, doch kommen sie beide zum selben Ergebnis, wie die heutige Gesellschaft mit dem Sterben umgeht und wie in dieser gestorben wird. In der Kombination beider Perspektiven fällt auf, dass sie sich sehr gut ergänzen und zusammen ein schlüssiges Bild liefern. Ariès „Geschichte des Todes“ ist zwar bald 30 Jahre alt, eignet sich aber dennoch für die Gegenwartsdiagnose, denn Ariès erklärt den Umgang mit dem Sterben anhand dessen historischer Entwicklung und liefert ein umfassendes Bild des Sterbens.

heutigen Gesellschaft ist es möglich, lange Zeit zu leben, ohne mit Tod oder Sterben eines Menschen in direkten Kontakt zu geraten. Im Normalfall stirbt ein Mensch in hohem Alter, gebrechlich und fern der Öffentlichkeit. „Niemals zuvor in der Geschichte der Menschheit wurden Sterbende so hygienisch aus der Sicht der Lebenden hinter die Kulissen des gesellschaftlichen Lebens fortgeschafft; niemals zuvor wurden menschliche Leichen so geruchlos und mit solcher technischen Perfektion aus dem Sterbezimmer ins Grab expediert“ wie es seit Ende des 20. Jahrhunderts der Fall ist (Elias 2002: S. 29). Diese Entwicklung wird als „Ausbürgerung“ oder „Institutionalisierung“ der Sterbenden beschrieben (Ariès 2009: S.741; Elias 2002: S.34). Ariès und Elias kommen dabei zu der gleichen Erkenntnis: Das Sterben und der Tod sind nicht mehr alltagspräsent. Durch die Institutionalisierung des Sterbens in Krankenhäusern und Pflegeheimen sind der Tod und das Sterben weitestgehend aus der Öffentlichkeit verschwunden und heute eine private Angelegenheit der Sterbenden und deren Angehörigen.

### **Sterben als Privatakt**

Der Umgang mit Tod und Sterben ist zum „Privatakt“ der Betroffenen geworden (Ariès 2009: S. 736). Eine private Angelegenheit, die meist nicht mehr aktiv zuhause stattfindet. Auch die Trauer und der damit verbundene Schmerz um den bevorstehenden Verlust eines Angehörigen werden nicht mehr öffentlich thematisiert und geteilt. So individuell wie das Sterben und der Tod für einen Menschen sind, so persönlich und diskret ist der Umgang der Betroffenen mit dieser Situation und ihren Gefühlen in der Öffentlichkeit.<sup>17</sup> Außenstehende erwarten von den Betroffenen einen privaten Umgang mit dieser Situation, ferner der Öffentlichkeit (ebd.: 740). Bis Anfang des 20. Jahrhunderts waren das Sterben und der Tod ein Ereignis, das nicht nur die Betroffenen, sondern auch eine kleine soziale Gruppe beeinflusste. Nachbarn, Bekannte, Freunde und die Familie nahmen, im Vergleich zu heute, in höherem Maße an den Ritualen und Geschehnissen vor und nach dem Tod eines Menschen teil. In der *Geschichte des Todes*, von Ariès, lässt sich ein mögliches Szenario finden:

---

<sup>17</sup> Der deutsche Theater- und Opernregisseur Christoph Schlingensiefel und sein öffentlicher und provokativer Umgang mit seinem eigenen Tod stellen eine der wenigen Ausnahmen dar.

„Man schloß die Vorhänge im Zimmer des Sterbenden, zündete Kerzen an, sprengte Weihwasser aus; das Haus füllte sich mit Nachbarn, Angehörigen und Freunden, die im Flüsterton sprachen und sich ernst und gemessen benahmen. Die Totenglocke erklang in der Kirche, von wo aus sich dann die kleine Prozession mit dem Corpus Christi in Bewegung setzte“ (Ariès 2009: S. 715).

Vor allem in Dorfgemeinschaften war dies zu beobachten. Der Tod einer Person war für die Gemeinschaft selbstverständlich und war ein geteiltes gesellschaftliches Ereignis. Die Pflege eines Sterbenden wurde von Bekannten und Gemeindeschwestern unterstützt und das „Sterben verlief gewissermaßen in den gleichen geordneten Bahnen wie das Leben selbst“ (Gronemeyer 2007: S. 24). Heute ist eine Pflege- und Traueranteilmahme in sozialen Milieus nicht gänzlich aus der Gesellschaft verschwunden, doch ist sie zur Seltenheit geworden. Die Nähe zum Tod eines Mitbürgers ist durch die Ausbürgerung des Todes großflächig verschwunden und nur noch von geringer Relevanz für Außenstehende.<sup>18</sup> Ariès beschreibt den veränderten Umgang der Gesellschaft mit dem Sterben als eine Modifikation der Einstellung der Menschen zum Tod, die sich durch den institutionalisierten Umgang mit dem Sterben und dem Tod eines Menschen verändert. Obgleich dieser Modifikation weist Ariès darauf hin, dass die Beziehung zwischen Tod und Gesellschaft stets im gleichen Verhältnis zueinanderstehen, früher wie auch heute. Verändern kann sich nur die Einstellung zum Tod (Ariès 2009: S. 716). Mit einer Metapher von Georg Simmel lässt sich solch ein Verhältnis von Sterben, Tod und Gesellschaft beschreiben:

„Wir sind wie Menschen, die auf einem Schiff in der seinem Lauf entgegengesetzten Richtung schreiten: indem sie nach Süden gehen, wird der Boden, auf dem sie es tun, mit ihnen selbst nach Norden getragen. Und diese Doppelrichtung ihres Bewegtseins bestimmt ihren jeweiligen Standort im Raume“ (Simmel 1910: S. 84).

Simmel geht in seiner Beschreibung davon aus, dass der Mensch nicht sterben will, der Mensch versucht vom Tode wegzulaufen. Doch ist es die Beziehung zwischen den Menschen und dem Schiff, um die es hier gehen soll. Keiner der Menschen ist in der Lage das Schiff zu steuern, denn der Tod ist ihnen gewiss, und das Schiff wird mit

---

<sup>18</sup> Außenstehende erfahren heute von der Trauer um den Verstorbenen häufig aus einer Todesanzeige der Angehörigen, die meist durch ein Gedicht oder einen Vers ihren Schmerz der Öffentlichkeit mitteilen.

zuverlässiger Sicherheit seinen Zielhafen erreichen. Jeder Mensch wird sterben! Die Freiheit der Menschen besteht lediglich darin, sich an Deck des Schiffes zu bewegen, wodurch sie ihre Einstellung zum und den Umgang mit dem Tod verändern können. Das Sterben ist jedoch determiniert und unumkehrbar. Folglich spielt im gesellschaftlichen Umgang mit dem Sterben die Einstellung und die Beziehung der Menschen zum Tod und Sterben eine Rolle. Im Gegensatz zur Zeit vor etwa 200 Jahren hat sich die Einstellung zum Tod verändert. Heute laufen die modernen, unter Flexibilisierungsdruck stehenden Menschen auf dem Schiff in eine andere Richtung. Nur welche? Mit welcher Einstellung begegnen die Menschen dem Sterben?

### **Negation des Sterbens**

„Ich habe keine Angst vor dem Tod. Aber wenn ich sterbe, möchte ich nicht dabei sein“ lautet ein bekannter Kommentar von Woody Allen. Die Paradoxie dieser Aussage ist offensichtlich. Ariès behauptet, der Tod sei im 20. Jahrhundert „schambesetzt und ähnlich tabuisiert worden“ und sei ein „Geheimnis“ (Ariès 2009: S. 730). Durch die Entweichung der Kranken und Sterbenden aus dem Alltag verschwinden auch alle damit einhergehenden unangenehmen Begleiterscheinungen. Beißende Gerüche und unansehnliche körperliche Deformationen, die durch gewisse Krankheiten oder durch den Alterungsprozess eines Menschen auftreten, sowie auch dessen Stuhlgang und Körperreinigung. Ein altersschwacher oder schwer kranker Mensch kann sich oft nur noch eingeschränkt selbst versorgen, denn intime Abläufe, wie Körperpflege und Toilettengang müssen von anderen Menschen unterstützt werden. Bereits seit dem 20. Jahrhundert wird solch eine Versorgung der Sterbenden meist im Krankenhaus oder in Pflegeheimen von ausgebildeten Pflegern durchgeführt und die Angehörigen können durch Besuche oder Teilzeitpflege selbst entscheiden, in welchem Maße sie sich mit dieser Situation aussetzen. Sie können die Begegnungen mit den Sterbenden kontrollieren, denn diese sind nicht mehr im häuslichen Alltagsgeschehen existent. Sie können den sterbenden Angehörigen aus ihrem Alltag ausbürgern. „Heutzutage werden die Tränen der Trauer den Ausscheidungen der Krankheit gleichgestellt. Beide sind gleichermaßen abstoßend. Der Tod ist ausgebürgert.“ (ebd.: S. 742) Ariès kommentiert dies streitbar: „Je weiter das 20. Jahrhundert vorrückt, desto lästiger wurde die Anwesenheit des Kranken im Haus“ (ebd.: S. 729). Es ist nicht nur, wie Ariès weiter

ausführt, durch schnell wachsende Lebensstandards der Menschen begründet, die ohne es zu wollen, die unangenehmen Gerüche und Anblicke nicht mehr ertragen können. Es ist auch auf die Entwicklung besserer Versorgung und Pflege in den Institutionen zurückzuführen. Viele Familien sind nicht imstande, einen Angehörigen nach heutigen Standards zu pflegen und medizinisch zu betreuen, wie es ausgebildetem Pflegepersonal in einem Krankenhaus möglich ist (Ariés 2009.: S. 720). Vielleicht liegt es auch am Glauben der Menschen, dass ein Krankenhaus, mit all seinen technischen Möglichkeiten und seiner fortschrittlichen Medizin automatisch einen sterbenden oder kranken Menschen besser versorgen kann als Angehörige zuhause. Aber entscheidend ist die Folge dieser Institutionalisierung: Die gesellschaftliche Einstellung zum Sterben hat sich verändert.

Heutzutage negieren Menschen den Umgang mit dem Sterben und dessen Thematisierung im Alltag. Zum einen, weil es ihnen durch die Ausbürgerung der sterbenden Angehörigen überhaupt erst möglich ist und weil sie von nicht betroffenen Menschen gezwungen werden, ihre Trauer und ihren Schmerz zu verbergen. Ein offener Umgang mit dem Sterben wird von den Menschen im Alltag nicht erwünscht (Ariès 2009: S. 742; Feldmann 1997: S. 16) und der „Anblick von Sterbenden und Toten ist nichts Alltägliches mehr“ (Ariès 2009: S. 15). Mit dem Begriff der „Primärerfahrung“ beschreibt Klaus Feldmann den direkten Kontakt mit Sterbenden und auch er weist darauf hin, dass diese in den letzten 200 Jahren abgenommen hat (Feldmann 2010: S. 70). Wie und wo ein Mensch heute stirbt, wird von der heutigen Gesellschaft größtenteils nicht mehr beobachtet und erfahren. Durch die Institutionalisierung der Sterbenden kann jedem Sterben, das nicht das eigene ist, aus dem Weg gegangen werden. Das auf Seiten der Gesellschaft vorherrschende Wunschbild des friedlichen Sterbens in heimischer Umgebung entsteht nicht mehr durch Primärerfahrungen. Würde es durch Primärerfahrungen zustande kommen, so würde dies bedeuten, dass die Angehörigen heutzutage immer noch zuhause sterben würden. Die Oma, der Opa, die Mutter oder der Vater würden nicht in Krankenhäusern und Pflegeheimen die letzten Monate, Wochen oder Tage ihres Lebens verbringen, sondern zuhause. Dennoch haben die Menschen die Vorstellung, dass sie selbstbestimmt zuhause sterben werden. Ein Grund dafür ist, dass mehr Menschen eine Vorstellung vom Sterben durch

„Sekundärerfahrungen“ mittels der Massenmedien bekommen, als durch „Primärerfahrungen“ (Feldmann 2010: S. 70).

### **Die Vorstellung vom Sterben**

Niklas Luhmann stellt fest: „Was wir über unsere Gesellschaft, ja über die Welt, in der wir leben, wissen, wissen wir durch die Massenmedien“ (Luhmann, 2004, S. 9). Eine Auseinandersetzung mit dem Sterben und dem Umgang damit lässt sich in den Medien beobachten.<sup>19</sup> In der ARD-Tagesschau wurde über einen Rückgang des Pflegepersonals in Deutschland berichtet. Am Anfang eines Fernsehberichts ist ein alter Mann in seinem Pflegezimmer zu sehen, der von zwei Pflegerinnen versorgt wird (Tagesschau.de, 2010). Vermittelt wurde in Berichten der Umgang mit Alten und Kranken und damit implizit, wenn auch nicht angesprochen, sterbenden Menschen. Eine etwas stärkere, geradezu ritualisierte Darstellung des Sterbens und des Todes findet an „Gedenktagen“ in den Medien statt. Ein Beispiel sind die jährlich wiederkehrenden Berichte nach Allerheiligen und den Totensonntag, über Menschen, die sich auf Friedhöfe begeben, um ihrer Verstorbenen zu gedenken (z.B. br-online, 2010). Etwas dramatischere Berichte sind jährlich in Dokumentationen über die Atombombenabwürfe 1945 über Hiroshima und Nagasaki jeweils am 6. und 9. August in den Medien zu beobachten. Dokumentationen über das Sterben, die versuchen authentische Einblicke in den Sterbeprozess zu gewähren, sind im Vergleich dazu sehr selten zu finden.<sup>20</sup> Pathetische Berichte finden sich hingegen häufiger in den Medien (z. B. 3sat.de, 2010). In fiktionalen Medienprogrammen, vor allem Filmen, sind das Sterben und der Tod ein ständiges sich durchziehendes Thema, doch meist nur als Motor der Dramaturgie (vgl. u. a. die Kriminalsendung „Tatort“ in der ARD). Einer der wenigen fiktionalen Filme, der intensiv das Sterben und speziell den Wunsch des selbstbestimmten Sterbens sehr realistisch behandelt, ist „Das Meer in mir“ von Regisseur Alejandro Amenábar aus dem Jahre 2004. Der Film löste eine rege öffentliche Debatte über einen würdevollen Umgang mit dem Sterben aus (Hempel 2009: S. 244). Der Film basiert auf einer wahren

---

<sup>19</sup> Die hier beschriebenen Beispiele liefern keinen allgemeingültigen Beleg für die Erfahrung des Sterbens über die Medien. Sie können, im Vergleich mit einem direkten Umgang mit dem Sterben, die Unterschiedlichkeit zwischen beiden Erfahrungen darstellen.

<sup>20</sup> Ein Regiestudent hat einen 63-jährigen Hospizbewohner im Hospiz bis zu seinem Tod und darüber hinaus begleitet. Der Filmemacher verfolgt den Anspruch mit seinem Film den Tod und das Sterben ein Stück weit zu enttabuisieren vgl. stuttgarter-zeitung.de, 2010.

Geschichte, die sich zwischen 1960 und 1998 abspielt. Sie handelt von Ramón Sampedro, der durch einen Badeunfall bis zu seinem Lebensende querschnittsgelähmt war. Zeit seines Lebens kämpfte er für ein würdevolles Sterben und die aktive Sterbhilfe, die schließlich 1998, entgegen der gesetzlichen Regelung und auf seinen eigenen Wunsch hin, an ihm durchgeführt wurde. Der verstärkte öffentliche Diskurs zu diesem Thema begann aber erst mit der Veröffentlichung des Films 2004, als eine breite Öffentlichkeit eine Vorstellung davon bekam, wie Sterben sein kann.

Das Wissen und die Vorstellung der Menschen über das Sterben in der heutigen Gesellschaft können sich durch Medienangebote, parallel zu unmittelbaren Erfahrungen im Umgang mit dem Sterben, entwickeln. Diese, durch die Massenmedien erzeugte und unterstützte Vorstellung vom Sterben, kann aber niemals die direkte Erfahrung des Sterbens Anderer ersetzen - auch wenn in Deutschland ein 15-jähriger Jugendlicher im Laufe der Jahre im Durchschnitt hunderttausend Menschen auf einem Bildschirm sterben sieht (Gronemeyer 2007: S. 19). Die Medien vermitteln nur ein Bild des Sterbens und keine Erfahrung (Baudrillard 2005: S. 289). Doch ist der Tod, und damit auch das Sterben, wie es auch am Beispiel von Ramón Sampedros Schicksal beobachtbar ist, „eines der lautesten verhandelten Tabus“ (Knoblauch und Zingerle 2005: S. 14). Nicht nur die täglich erscheinenden Todesanzeigen, Nachrufe und ritualisierten Beerdigungen lassen ein permanentes Verhandeln mit dem Tabu in der Öffentlichkeit erkennen. In Talkshows wird öffentlich über Sterbhilfe und Sterbegleitung diskutiert (z.B. zdf.de, 2010). Auch die am 1. September 2009 eingeführte Erneuerung des Betreuungsrechts in Deutschland zeigt eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Sterben.<sup>21</sup> Es gibt ein individuelles und öffentliches Interesse am Sterben.

### **Die Folgen der Ausbürgerung des Sterbens**

Durch die Institutionalisierung des Sterbens wurde den Menschen die Selbstbestimmung über den eigenen Sterbeprozess genommen. Zugleich führte dies zu einem Erfahrungsdefizit der Gesellschaft über die Art und Weise wie gestorben wird.

---

<sup>21</sup> Patientenverfügungen müssen nun schriftlich verfasst werden und sind für Ärzte rechtlich bindend, vgl. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2009 Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 31. Juli 2009.

Doch, wie Elias es treffend beschreibt, sind die Menschen mit dem Wissen um die eigene Sterblichkeit konfrontiert. Der Tod ist ihnen gewiss (Elias 2002: S. 12). Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass in der heutigen Gesellschaft eine Wissensasymmetrie in Bezug auf das eigene menschliche Sterben vorliegt. Die Unwissenheit des Individuums und die Kontrolle der Institutionen über das Sterben machen das Sterben für das Individuum unsicherer. Ein schmerzfreies Sterben kann heute durch kontrollierte Medikation größtenteils gewährleistet werden, wohingegen ein Sterbender sich auf ein würdevolles und selbstbestimmtes Sterben nicht verlassen kann. Er hat nur geringen Einfluss auf den Rahmen seines Ablebens. Die moderne Gesellschaft, deren Mitglieder ihre individuelle Unabhängigkeit stolz verteidigen, verbringt ihren Lebensabend in totaler Abhängigkeit. Die Einführung von Patientenverfügungen ist eines der Indizien dafür, wie versucht wird, mit dieser Unsicherheit umzugehen und die Kontrolle über das institutionalisierte Sterben dem Sterbenden zurückzugeben. Die Menschen treten dem institutionalisierten Sterben heutzutage misstrauisch entgegen. Mit dem Wissen, dass die Anzahl an Pflegebedürftigen im Sterbestadium speziell in Deutschland weiterhin zunehmen wird, besteht hier ein wachsender gesellschaftlicher Bedarf, das Verhältnis zwischen dem einzelnen Individuum, der Gesellschaft und dem Sterben neu zu definieren. Vor allem der relativ neuen Hospizbewegung wird dabei eine Vorreiterrolle zugeschrieben. Die Hospizbewegung fördert und fordert einen öffentlichen Diskurs über den Umgang mit Sterbenden. Ein stationäres Hospiz bietet den Sterbenden in größerem Maße die Möglichkeit den Sterbeprozess selbst zu bestimmen und in einer Umgebung zu sterben, die das Sterben und den Tod nicht tabuisiert.<sup>22</sup> Es scheint ein Ort zu sein, in dem mit den Sterbenden anders umgegangen wird und der Mensch im 21. Jahrhundert selbstbestimmt und würdevoll sterben kann. Eine Institution, die vermeintlich mit der Tragik des Sterbens in der heutigen Gesellschaft umgehen kann. Ob sie dies kann, bedingt eine Auseinandersetzung mit der Tragik im Umgang mit dem Sterben in dieser hier beschriebenen Gesellschaft und der Tragik des Hospizes.

---

<sup>22</sup> Parallel zu stationären Hospizen nimmt die Anzahl an ambulanten Hospizpflegen, d.h. Sterbebetreuung zuhause, zu. Da die vorliegende Arbeit vom Sterben im Hospiz handelt, wird auf diese Art der Sterbebetreuung nicht weiter eingegangen.

## 2.4 Dramaturgie 1: Die Tragik

Durch den Versuch der Medizin, das Leben zu verlängern, wurde nahtlos dazu übergegangen, das Sterben zu verlängern oder, wie es bei Menschen im künstlichen Koma der Fall sein kann, gänzlich unmöglich zu machen. Die Tragik liegt nicht darin „wo“ gestorben, sondern „wie“ damit umgegangen wird. Einerseits ist Sterben ein gemeinschaftlich geteiltes Problem, das alle Menschen eines Tages ereilt. Andererseits stellt es immer nur für einen Teil der Gesellschaft ein gegenwärtiges Problem dar. Tragisch ist, um die oben zitierte Simmelsche Metaphorik wieder aufzugreifen, dass die vom Sterben nicht akut Betroffenen entgegen der Fahrriichtung des Schiffes in die Vergangenheit blicken, mit der Hoffnung auf Unsterblichkeit und das Sterben nicht kommen sehen bzw. nicht sehen wollen. Denn in der heutigen Gesellschaft können pflegebedürftige Sterbende das Bild des vitalen, durch den Fortschritt der Medizin nahezu unsterblichen Menschen, nicht erfüllen. Sie werden den normativen Erwartungen der Gesellschaft nicht gerecht und werden, mit den Worten von Erving Goffman ausgedrückt, zu „stigmatized individual[s]“ (Goffman 1986b: S. 8). “He is thus reduced in our minds from a whole and usual person to a tainted, discounted one. Such an attribute is a stigma, especially when its discrediting effect is very extensive” (ebd.: S. 3). Ein Mensch der stirbt, dem von der Gesellschaft jegliche Perspektiven abgesprochen werden, dessen Tod die letzte gewisse Aussicht und dessen Anblick ungewohnt und für viele Menschen abstoßend ist, vermittelt einen ultimativen Misskredit. Goffman meint, dass dieser Misskredit, ausgelöst durch nicht erfüllte Erwartungen, der stigmatisierten Person in Form eines Attributs zugeschrieben wird. Es ist eine erlernte Norm, die in der Interaktion mit einem Stigmatisierten abgerufen oder geformt wird, denn der Architekt dieses Stigmas hat es nicht anders gelernt, als den Stigmatisierten zu diskreditieren (ebd.: S. 3-5). Solange ein Mensch als stigmatisiert angesehen wird, gilt er für eine nicht-stigmatisierte bzw. „normale“ Person nicht als „normal person“, denn ein Stigma bedeutet immer eine Abweichung von der Norm (ebd.: S. 7).

Die Folge eines Stigmas ist, dass "an individual who might have been received easily in ordinary social intercourse possesses a trait that can obtrude itself upon attention and turn those of us whom he meets away from him, breaking the claim that his other

attributes have on us." (ebd.: S. 5) Diese, durch das Stigma ausgelöste Abwendung der Menschen vom Sterben, erfahren Sterbende in der heutigen Gesellschaft. Die Tragik der Gesellschaft im Umgang mit dem Sterben ist dann, dass durch das Stigma des Sterbens ein Sterbender vor seinem Tod für die Gesellschaft bereits gestorben ist. Baudrillard beschreibt es als den „vorweggenommenen gesellschaftlichen Tod“ (Baudrillard 2005: S. 257). Es ist ein sozialer Tod.

Die Institutionalisierung von Sterbenden in Krankenhäusern, Pflegeheimen und auch Hospizen ist ein Auslöser für die Stigmatisierung der Sterbenden in der heutigen Gesellschaft. Sterbende lernen häufig erst in diesen Organisationen durch die Interaktion mit anderen Stigmatisierten ihr Stigma kennen (Goffman 1986b.: S. 36-37). Ihr Stigma ist das Sterben. Jeder Mensch wird eines Tages dieses Stigma zugeschrieben bekommen. Dann gilt es damit umzugehen. Demzufolge ist die Tatsache, dass Menschen prinzipiell immer sterblich sind, kein Stigma, sondern wird erst dann zu einem Stigma, wenn es „sichtbar“ wird. Und dies passiert nicht nur durch eine Diagnose eines Arztes oder den sichtbaren körperlichen Verfall, sondern vor allem durch die Einweisung eines Menschen in eine Institution, in der gestorben wird. Die Tragik des Hospizes ist dann, dass sie als Institution des Sterbens Menschen zu Sterbenden der Gesellschaft macht.

### **3 Eine „Einweisung“ in das Hospiz**

#### **3.1 Goffmans totale Institution**

Das Verhalten von Individuen innerhalb einer Institution ist immer auch eine Konsequenz der Form der Institution. Eine soziologische Betrachtung des Hospizes verlangt demnach dessen institutionelle Einordnung und Beschreibung. Die bereits in 2.2. vorgestellten Institutionen Krankenhaus und Altenpflegeheime werden von dem US-amerikanischen Soziologen Erving Goffman als „totale Institutionen“ bezeichnet. Nach seinem Modell weisen sie einen totalen Charakter auf. Weist auch das Hospiz, als

weitere Institution des Sterbens, einen solchen „totalen“ Charakter auf? Diese Frage wird nach einer Vorstellung des Modells der *totalen Institution* beantwortet.

Eine Institution als total zu bezeichnen deutet bereits auf deren primären Wesenszug hin. Sie scheint für die Mitglieder eine allgewaltige Welt zu sein. Eine Welt, die sich durch ihre geradezu hermetische Abgrenzung zur Welt außerhalb der Institution beschreibt. Aus dieser Abgrenzung ergibt sich eine Unterscheidung zwischen dem Leben in der Institution und außerhalb der Institution, die geprägt ist durch eine institutionell geringe bis totale Unterbindung grenzüberschreitender sozialer Interaktionen dieser Lebenswelten. Dies kennzeichnet den totalen Charakter der totalen Institution (Goffman 1990a: S. 3-4). Dementsprechend ist die Einweisung der Personen, wie auch ihre Entlassung aus einer totalen Institution, durch ein zweckgebundenes Regelwerk der Organisation geprägt. Die eingewiesenen Mitglieder einer totalen Institution, wie z.B. die Kranken eines Krankenhauses, sind Gegenstand der Arbeit und Grund der Existenz einer solchen Einrichtung. Wobei sich der Grad der Totalität einer Institution im Vergleich zu anderen Institutionen unterscheiden kann. Entscheidend ist, dass sich alle totalen Institutionen im Kern ihrer Struktur und Aufgabe um das gleiche drehen: „The handling of many human needs by the bureaucratic organization of whole blocks of people“ (ebd.: S. 6). Verwalter sind die „supervisory staff“ (Pfleger, Wärter, Ärzte, usw.) als ausführende Gruppe der Institution, deren Auftrag durch das institutionelle Regelwerk festgelegt ist und die Organisation und Verwaltung der „large blocks of managed people“ zum Ziel hat (ebd.: S. 4). Doch sollte bei den Aufgaben der *staff* [Personal] zwischen unterschiedlichen Institutionen differenziert werden.

Als Beispiel: Gefängnisse dienen der Verwahrung von Menschen, die aufgrund eines Gesetzesverstoßes als Strafe und zum Schutz der Gesellschaft eingewiesen wurden. Altenpflegeheime hingegen leisten eine Fürsorge für Menschen, deren körperlicher oder geistiger Zustand ein autonomes Leben nicht mehr ermöglicht und die keine Gefahr für die Gesellschaft darstellen. Deshalb unterscheidet Goffman zwischen fünf unterschiedlichen Gruppen von totalen Institutionen. Das Hospiz lässt sich der ersten Gruppe von totalen Institutionen zuordnen: (1) Institutionen der Fürsorge (z.B. Altenpflegeheime, Krankenhäuser), für Menschen die von der Pflege anderer abhängig sind und von der Gesellschaft als harmlos angesehen werden. (2) Institutionen der

Fürsorge (z.B. Psychiatrien), für Menschen die scheinbar als pflegebedürftig gelten und eine mögliche Bedrohung für die Gesellschaft darstellen können. (3) Verwahranstalten (z.B. Gefängnisse, Konzentrationslager), für eine Gruppe von Menschen, von denen angenommen wird, dass sie eine Gefahr für die Gesellschaft darstellen. (4) Einrichtungen (Kriegsschiffe, Kasernen, Internate), die der effizienten Erfüllung von speziellen Aufgaben, durch eine Institutionalisierung, dienen und (5) Institutionen (Klöster, Konvente) der Zuflucht (Goffman 1990a: S. 4-5).

Trotz der gegensätzlichen Funktion der Institutionen, wie dem Beispiel Gefängnis und Altenpflegeheim, gleichen sie sich im Umgang mit ihren Bewohnern und Insassen, in der Ausübung von Kontrolle, die ein wesentliches Charakteristikum totaler Institutionen ist. Kontrolle durch Regeln und Restriktionen, die das Leben der Menschen innerhalb der Institution und im Kontakt mit der „Außenwelt“ bestimmen.

Innerhalb der Institution ist der Alltag der Eingewiesenen geregelt und verläuft nach fest vorgegebenen Strukturen der Institution, die nur geringfügig eine Selbstbestimmung zulassen. Auch auf Entscheidungen des Personals über den speziellen Umgang mit der Situation einer Person hat letztere keinen Einfluss, in vielen Fällen wird sie darüber auch nicht informiert (ebd.: S. 7).<sup>23</sup> Dadurch wird den Insassen jede Perspektive und Handlungsfreiheit ab Betreten einer totalen Institution abgesprochen. Die soziale Identität, deren Entwicklung außerhalb der totalen Institution stattgefunden hat und die der Person Sicherheit bietet, wird im Moment der Einweisung angegriffen (ebd.: S. 14, 21). Das Individuum wird nicht nur gezwungen seinen Alltagsablauf fremdbestimmen zu lassen, sondern damit auch eine von der Institution vorgegebene Rolle einzunehmen (ebd.: S. 23). Als „loss of self-determination“ beschreibt Goffman die Konsequenz dieser Veränderung, die psychologischen Druck auf ein Individuum ausüben kann, das versucht mit dieser Situation umzugehen (ebd.: S. 44, 48). Das Individuum muss sein Verhalten ändern und fängt an, sich anzupassen, sich zu sozialisieren. Dies ist jedoch keine freiwillige, sondern durch die vorgegebene Struktur aufgezwungene

---

<sup>23</sup> Z.B.: Ein Patient im Krankenhaus kann nicht mitbestimmen, ob er in ein anderes Zimmer verlegt wird oder nicht, oder wie der Zyklus seiner Medikamenteneinnahme geplant wird.

Sozialisierung, die Goffman als eine längerfristig stattfindende „disculturation“<sup>24</sup>, eine Abgewöhnung der erlernten Kultur durch die Organisation, beschreibt (ebd.: S. 13).<sup>25</sup> Dieser Prozess impliziert zugleich das Verlernen der Alltagspraxis außerhalb der Institution. Auch weil zwischen den Menschen in- und außerhalb der Institution geringerer Kontakt besteht.

### **Außen und Innen**

Die Außenwelt ist für die Eingewiesenen nur eingeschränkt zugänglich. Eine Interaktion mit Außenstehenden findet kontrolliert oder überhaupt nicht statt (Goffman 1990a: S. 7). Angehörige können zu festgelegten Besuchszeiten erscheinen oder dürfen nur an bestimmten Tagen kontaktiert werden. Auch über die Nutzung von Medien, die die Mitglieder über die Außenwelt informieren können, entscheidet das Personal. Wobei das Interesse an der Außenwelt - deren Entwicklung keinen Einfluss auf die Situation des Individuums mehr hat - im Zuge einer *disculturation* auf Seiten der Insassen oder Bewohner abnimmt. Die Außenwelt stellt dann ein Problem für ein Individuum dar, wenn es zu diskreditierenden Momenten durch die Interaktion mit anderen Menschen, wie z.B. Pflegern oder Besuchern, deren Status es ihnen erlaubt die Institution auch zu verlassen, kommt (ebd.: S. 13). Für das Individuum besteht dann die Gefahr von „contaminative exposure“ (ebd.: S. 25). *Contaminative exposure* können jegliche Situationen im direkten physischen Kontakt mit einem anderen Menschen sein, wie es sehr stark in Institutionen der Fürsorge der Fall ist. Es ist ein Angriff auf die außerhalb der Institution streng geschützte Intimität. Zugleich interpretieren die Besucher eines Individuums diese Situation, die nicht ihren normativen Erwartungen entspricht, auch als potenzielle Gefahr. Dies ist analog zum Stigma zu verstehen.<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> Für diesen Begriff gibt es keine angemessene deutsch Übersetzung, die nicht den Inhalt verfälschen würde. Goffman weist darauf hin, dass der Begriff der Desozialisierung in diesem Kontext nicht passend ist. Vgl. Goffman 1990a, S. 13 (Fußnote).

<sup>25</sup> Hier wird Goffmans Beschreibung der Umkehr der „moral career“ eines Patienten deutlich. Denn in totalen Institutionen ist es nicht die Krankheit, die den Patienten prägt, sondern die Institution in der er sich befindet. Vgl. Goffman, 1990a, S. 127ff.

<sup>26</sup> Siehe Kapitel 2.4., S. 20-21. Der Umgang mit einem Individuum, dem ein Stigma attribuiert wurde, birgt für die „Normalen“ stets die Angst, dadurch auch stigmatisiert zu werden.

Für das Individuum bedeutet die direkte *contaminative exposure* auch eine radikale Veränderung seiner sozialen Beziehungen, denn „when the agency of contamination is another human being, the inmate is in addition contaminated by forced interpersonal contact and, in consequence, a forced social relationship.“ (ebd.: S.28) Mit solchen erzwungenen sozialen Beziehungen, z.B. durch den Pfleger, der einen Patienten versorgt, sieht sich das Individuum im Lebensalltag in der totalen Institution ständig konfrontiert. Dies gilt nicht nur im Umgang mit Institutionsmitgliedern, sondern auch für den Kontakt mit Angehörigen. Zwar entstehen erzwungene soziale Beziehungen häufig durch die innerinstitutionelle Gewährleistung einer lebensalltäglichen Grundversorgung des Individuums, wie sie jedoch zeigt, bezahlt das Individuum diese mit seiner persönlichen Freiheit und dem Verlust einer ungezwungenen Gemeinschaftlichkeit (Goffman 1990a.: S. 76). Die Institution ist verpflichtet, die Individuen hinsichtlich ihrer Situation entsprechend zu versorgen, doch befindet sich die Institution in „the constant conflict between humane standards on one hand and institutional efficiency on the other“ (ebd.: S. 78).

Die Balance zwischen formeller Organisation und Lebensgemeinschaft ist ein Konflikt, mit dem die Mitglieder der totalen Institution ständig umgehen müssen. Goffman beschreibt eine totale Institution deshalb als ein „social hybrid“ (ebd.: S.12). Gerade deshalb, wie sich in den nächsten zwei Kapiteln zeigen wird, bietet sich das Modell der totalen Institution für die soziologische Beschreibung und Untersuchung eines Hospizes an.

Beschreibung einer Einweisung ins Hospiz:

*Die größte Anzahl an neuen Bewohnern eines Hospizes kommt direkt aus Krankenhäusern. Ein Krankenwagen transportiert den sterbenden Menschen zum Hospizgebäude, meist begleitet von einem PKW mit Angehörigen. Zwei Notfallhelfer schieben den auf einer grauen Stahltrage festgurteten Sterbenden über die Türschwelle ins Hospiz. Die Hospizpfleger weisen ihnen eines der freigewordenen Zimmer zu und gemeinsam wird der Sterbende dort auf ein Krankenbett gelegt, auf sein zukünftiges Sterbebett. Anschließend werden Einweisungsformulare ausgefüllt und von den bevollmächtigten Angehörigen und Hospizpflegern unterschrieben. Ab diesem Moment ist der*

*Sterbende ein offizieller Bewohner des Hospizes, zumindest aus formaler bürokratischer Sicht der Institution.*

*Während die Pfleger beginnen, den Bewohner hinsichtlich seiner körperlichen Verfassung zu untersuchen, bringen die Angehörigen persönliche Utensilien des Bewohners ins Hospiz. Kleider, die der Bewohner seit Wochen oder Monaten meist nicht mehr getragen hat und durch einen Krankenhausumhang ersetzt wurden, werden in einen Schrank einsortiert. Familienbilder und Blumen werden sorgfältig auf einer Kommode drapiert, sodass der Sterbende sie vom Bett aus sehen kann. Vereinsfahnen, gemalte Bilder der Enkelkinder und aufmunternde Briefe von Freunden des Bewohners werden an die Wand gehängt - eine Dekoration des Sterbezimmers mit Identitätssymbolen des neuen Bewohners. Dieser wird von den Pflegern versorgt und die Angehörigen werden eingeladen, tagsüber während der Besucherzeiten ins Hospiz zu kommen oder auch die Nacht am Bett des Sterbenden zu verbringen.<sup>27</sup>*

Ist es für den Sterbenden eine Einweisung in eine totale Institution nach Goffman oder in ein neues Zuhause, in dem er in privatem und vertrautem Umfeld selbstbestimmt die letzten Tage seines Lebens verbringen wird? Beides ist der Fall.

### 3.2 Hospiz als totale Institution

Ein Hospiz ist eine gemeinnützig lizenzierte Pflegeeinrichtung für unheilbar kranke Menschen, denen es nicht mehr möglich ist selbstständig den Lebensalltag zu bestreiten. Es ist eine totale Institution, die eine Gruppe von sterbenden Menschen, unabhängig von Konfession oder sozialem Status, mit einer palliativen Pflege und Medikation versorgt und dabei gleichzeitig versucht, auf die Bedürfnisse und Wünsche der sterbenden Individuen einzugehen, um ihnen ein würdevolles Sterben zu ermöglichen. Die Kosten für den Hospizaufenthalt eines Sterbenden werden durch die Kranken- und

---

<sup>27</sup> Vom Autor verfasst.

Pflegekassen getragen.<sup>28</sup> Die Bedingung für eine Einweisung in ein Hospiz ist eine ärztliche Diagnose, die feststellt, dass die körperliche Konstitution eines Menschen sich im Sterbeendstadium befindet (Feldmann 1997: S. 71-72). Meist handelt es sich hier um eine Prognose und die Einsicht der Ärzte, dass jegliche medizinische Maßnahme keine Heilung oder Lebensverlängerung bewirken können. Ob das Sterben durch einen alters- oder krankheitsbedingten körperlichen Regress ausgelöst wurde, ist für die Aufnahme in ein Hospiz nicht entscheidend. Es bedarf zusätzlich entweder der Zustimmung durch den Betroffenen oder eines vom Sterbenden ex ante Bevollmächtigten. Dann ist der Sterbende ein Bewohner des Hospizes. Innerhalb dieses abgeschlossenen kontrollierten institutionellen Rahmens des Hospizes ist es Bewohnern erlaubt, sich je nach körperlicher Verfassung unter Aufsicht der Pfleger frei zu bewegen. Die Freiheit des Bewohners wird aber durch zweierlei eingeschränkt: Auf der einen Seite durch die Regeln und Vorgaben des Hospizes, zum Beispiel, dass ein Bewohner das Hospiz nicht verlassen darf oder in seinem Handeln auf andere Bewohner Rücksicht nehmen soll. Auf der anderen Seite erfährt der Bewohner eine Freiheitseinschränkung durch seine körperliche Verfassung. Als Beispiel: Ein Toilettengang ist meist nicht mehr möglich, ist aber zugleich eines der Grundbedürfnisse zur Aufrechterhaltung der Selbständigkeit und Unabhängigkeit, die ein Bewohner versucht zu erzwingen, auch wenn er weiß, dass sein Körper dazu nicht mehr im Stande ist. Ein Beispiel aus dem Hospiz:

*„Ein alter Mann weigerte sich, für seinen Stuhlgang eine ihm umgelegte Windel zu benutzen. In einem unbeobachteten Moment riss er sich diese vom Unterleib und warf sie aus seinem Bett. Anschließend versuchte er mit aller Kraft, die seine dünnen Arme noch hergaben, sich am Geländer seines Bettes hochzuziehen, um aus seinem Bett zu klettern. Soweit kam er jedoch nicht, denn das Aufsetzen im Bett war für ihn bereits ein Kraftakt, der dazu führte, dass er anschließend verkehrt herum im Bett lag und sich nicht mehr bewegen konnte. Meist klemmte er sich bei solch einer Aktion die Arme oder Beine ein. Wir Pfleger versuchten natürlich ihn frühzeitig daran zu hindern, doch war dies natürlich nicht immer möglich.“<sup>29</sup>*

Die Pfleger achten darauf, dass ein Bewohner die ihm durch seinen Körper vorgegebenen Grenzen akzeptiert. Damit wird die Selbständigkeit und Freiheit des

<sup>28</sup> Je nach Pflegefall wird eine Eigenbeteiligung des Bewohners verlangt.

<sup>29</sup> Beispiel 1, in Anhang DVD, zitiert aus Bericht 1: S. 4.

Bewohners eingeschränkt. Diese Freiheitseinschränkung hat ihren Ursprung im Verlust bzw. Schwinden der körperlichen Kräfte, einem natürlichen Prozess, dessen Fortschreiten im Hospiz akzeptiert und begleitet wird. Das Hospiz übt auf den Bewohner Kontrolle aus, die zu dessen Schutz dienen soll. Die Pfleger eines Hospizes sind verpflichtet, auch gegen den Willen eines Sterbenden zu handeln, sofern für diesen dadurch eine ihn schädigende Situation, z.B. Schmerzen, verhindert werden kann. Diese Schmerzbehandlung ist im Hospiz eine „Linderung durch Verwundung“ und unterscheidet sich dadurch von der „Heilung durch Verwundung“ in Krankenhäusern (Streckeisen 2005: S. 135). Dies kann zu direkten Eingriffen in die Intimsphäre des Bewohners führen, wie weiter am Beispiel 1 des alten Mannes verdeutlicht wird:

*„Da er sich weigerte seine Windel zu benutzen, führte dies dazu, dass er mehrere Tage keinen Stuhlgang hatte. Es kam soweit, dass er so verkrampft war, dass ihm der Stuhlgang nicht mehr möglich war und er starke Schmerzen bekam. Dass ein Bewohner ein paar Tage keinen Stuhlgang hat, kann vorkommen, wenn er nicht viel essen kann oder will, doch war er einer der wenigen, der seinen Teller immer komplett aufaß. So entschieden wir uns, ihm ein abführendes Suppositorium zu geben. Er weigerte sich vehement und es war für mich am Anfang schwer, die Scheu abzulegen, ihn „zu seinem Glück zu zwingen“. Dieses trat dann eineinhalb Stunden nach erfolgreicher Versorgung ein. Mit leicht strahlendem Gesicht, wie ein kleines Kind, das gerade erfolgreich in sein Töpfchen gemacht hat, saß er in seinem Bett und meinte, wir könnten jetzt den Rest erledigen. Von diesem Tag an machte er unbeschwert und ohne irgendeine Scheu in seine Windel.“<sup>30</sup>*

Eine diesbezügliche Behandlungsform im Hospiz entspringt dem Zweck der Schmerzlinderung und wird am treffendsten mit dem Begriff der „comfort care“ beschrieben (Streckeisen 2005: S. 135). Die ungewohnten Situationen, die durch solch eine Pflege für Bewohner entstehen können, lassen sich, wie Goffman es beschreibt, nicht mit der „presenting culture“ der Bewohner vereinbaren (Goffman 1990a: S. 12). Das Hospiz gleicht in vielerlei Hinsicht nicht der ihnen vertrauten Umgebung und verlangt von den Sterbenden, dass sie gewohnte Standards und alltägliche Rituale aufgeben (ebd.: S.12). Dies beginnt bereits bei der Anpassung ihres Erscheinungsbildes durch vorgegebene Kleidung, wie den Umhang, der hinter dem Hals

<sup>30</sup> Beispiel 1, in Anhang DVD, zitiert aus Bericht 1: S. 4-5.

zusammengebunden wird, die Arme umhüllt und über den Bauch hinaus bis zu den Knien reicht. Aus pflegerischer Sicht ist dieser sehr praktisch, denn er erlaubt durch den freien Rücken eine für den Sterbenden und die Pfleger unkomplizierte und schnelle Versorgung. Denn ist ein kranker Mensch nicht in der Lage sich selbst anzukleiden und kann er nur im Bett liegen, so bedeutet jede aufwändigere Verrenkung der Gliedmaßen Schmerzen für den zu Pflegenden. Dass diese Form von Bekleidung, die meistens bunt gemustert ist, nicht mit dem Status gängiger Kleidungsstücke eines Bewohners konkurrieren kann, fördert eine Abweichung des Erscheinungsbildes des Hospizbewohners von seinem gewohnten Erscheinungsbild außerhalb des Hospizes. Goffman beschreibt die Konsequenz solcher, durch die totale Institution ausgelöste Veränderungen für einen Bewohner als ein „personal defacement“ (Goffman 1990a: S. 20). Der Bewohner leidet unter den drastischen Veränderungen seiner Persönlichkeit, die die Einweisung in eine totale Institution von ihm verlangen. Das Hospiz ist eine totale Institution, eine für den Bewohner abgeschlossene Welt, die ihn zwingt seine Erwartungen und Normen aus der *home world* zu verändern oder abzulegen und sich der Kultur des Hospizes zu verschreiben. Zugleich sind aber der Zwang und die Kontrolle, auferlegt durch die totale Institution Hospiz, mit der Selbstbestimmung des Bewohners über sein Sterben vereinbar.

### 3.3 Hospiz als Zuhause

Ein Bewohner kann seine Lebenswelt im Hospiz frei gestalten. Begrenzt wird dieser Gestaltungsspielraum vom Hospiz nur mit Rücksichtnahme auf seine körperliche Verfassung und die Regeln der Institution, wie es das Beispiel des alten Mannes, der selbständig auf die Toilette gehen möchte, veranschaulicht.<sup>31</sup> Das Hospiz ist das neue Zuhause des Bewohners, in dem er den Sterbeprozess im Rahmen der Institution bestimmt. Ein Beispiel aus dem Hospiz - ein Texaner, der aufgrund einer Kehlkopfkrebserkrankung im Endstadium im Hospiz war:

---

<sup>31</sup> Vgl. 3.2., S. 27-28, Beispiel 1.

*„Jimmy der Cowboy, der anstatt eines Pferdes sein Leben lang einen Truck geritten hatte, konnte nur sehr wenig essen. Wir haben ihm immer eine kleine Portion zu essen gegeben, die ihn, obwohl er sie nie komplett gegessen hat, nicht befriedigte. Er wollte einfach einen schönen vollen Teller haben, auch wenn er nur vom Essen pickte. Einmal am Tag setzte er sich immer seinen Cowboyhut auf, schlüpfte in seine Krokoderstiefel, packte seine Marlboros und ging gemütlich eine rauchen. Auch wenn es ihm nicht leicht fiel, da die Hälfte des Rauches durch ein Loch im Hals kam, was es zusätzlich schwer machte, ihn zu verstehen. Doch wehe dem, der zu oft nachfragte was er denn gerade gesagt habe. Das nervte Jimmy ungemein und so nickte oder lachte ich eifrig, wenn er etwas sagte, was ich nicht verstand und so lachte auch er und ging zufrieden eine rauchen. Selbst an seinem letzten Tag bevor er starb, wanderte er noch durchs Hospiz und ließ dann im Bett seine Stiefel an und starb.“<sup>32</sup>*



(Abbildung 1, Anhang DVD, aus Bericht 3: S. 2)

Ein Bewohner ist im Hospiz nicht nur frei zu entscheiden, wie er stirbt, sondern er darf auch sterben. Das Hospiz verlangt weder einen Kampf gegen den Tod, noch ein schnelles Sterben des Bewohners. Das Hospiz nimmt den Sterbeprozess eines Menschen so, wie er sich entwickelt, denn die Institution hat sich bis zum Tod der Begleitung und Individualisierung eines Sterbenden verschrieben und nicht vorderrangig dessen effizienter Bearbeitung und Versorgung, wie es in anderen totalen Institutionen wie einem Krankenhaus oder einem Pflegeheim, meist der Fall ist: „The staff is charged with meeting the hostility and demands of the inmates, and what it has to meet the inmates with, in general, is the rational perspective espoused by the

<sup>32</sup> Beispiel 2, in Anhang DVD, zitiert aus Bericht 3: S. 1-2.

institution.“ (Goffman 1990a: S. 83) Obwohl das bürokratisch organisierte Hospiz in vielen Momenten den Pflegern abverlangt, den Bewohner als ein zu bearbeitendes Objekt<sup>33</sup> der Institution anzusehen, versucht es dem Sterbenden die individuelle Lebensqualität zurückzugeben, die durch eine Institutionalisierung in Krankenhäusern und Pflegeheimen verlorengegangen ist. Paradoxerweise durch eine Institutionalisierung und nicht eine „Ent-Institutionalisierung des Sterbens“ (Rest 1995: S. 71f.). Wie ist es in einem Hospiz möglich, parallel zur Institutionalisierung durch eine totale Institution einen individualisierten Umgang mit dem Sterben zu finden, der die Selbstbestimmung des Sterbenden nicht außer acht lässt? Die Lösung liegt in der persönlichen und strukturellen Nähe zu den Sterbenden und der offenen Kommunikation.

Gerade durch die Institutionalisierung entsteht eine „strukturelle Nähe“ zwischen den Pflegern und den Bewohnern (Pfeffer 2005: S. 106). In einem Hospiz übernimmt ein Pfleger im Durchschnitt die Begleitung und Versorgung von nur fünf Bewohnern. Sein Arbeitsumfeld ermöglicht ihm kaum, sich aus einer Situation zurückzuziehen. Die „persönliche Nähe“ entsteht durch die persönliche und auf den individuellen Bedarf des Bewohners ausgerichtete Pflege (ebd.: S. 106). Dies bedingt, dass die Pfleger den Bewohner kennenlernen und dadurch seine Individualität rekonstruieren, um seine aktuelle Situation verstehen zu können und ein individuelles Sterben zu ermöglichen (ebd.: S. 112).<sup>34</sup> Innerhalb dieses Pflegerahmens herrscht eine offene Kommunikationskultur. Ein Beispiel aus dem Hospiz:

*Charles, ein ehrenamtlicher Gärtner des Hospizes Comfort House, kommt zweimal die Woche und pflegt den Garten. Armando, ein Bewohner, sitzt in der Sonne an einem*

---

<sup>33</sup> Ein zu bearbeitendes Objekt ist ein Bewohner z.B. bei der Bearbeitung der Einweisungspapiere, ein Schichtwechselbericht zwischen Pflegern über den Zustand eines Sterbenden oder die Unterzeichnung der Abholpapiere des Leicheninstituts, das den Leichnam anschließend abtransportiert. Vor allem die Befriedigung und Koordination von individuellen Bedürfnissen einer Gruppe von Bewohnern erschwert eine auf das Individuum ausgerichtete Versorgung, weil dann ist es, wie Goffman beschreibt, dass “the staff, after all, have objects and products to work upon, not services, but these objects and products are people“, vgl. Pfeffer 2005, S. 111; Goffman 1961, S. 71.

<sup>34</sup> Jedoch kann diese individualisierte Pflege in der Praxis nur unter Einschränkungen durchgeführt werden. Z.B. wenn mehrere Bewohner gleichzeitig eine Betreuung verlangen oder benötigen, müssen die Pfleger sich wieder der effizienten Organisation der Versorgung widmen und die geht zu Lasten der Nähe und Individualisierung der jeweiligen Bewohnern.

*Gartentisch, raucht eine Zigarette und schaut Charles dabei zu, wie er Blätter von einem Steinweg fegt:*

ARMANDO

*“I’m controllable but not cureable.”*

CHARLES

*„Is that right? Controllable.“*

*Armando nickt.*

CHARLES

*„You’re lucky if it’s controllable.  
You’re very lucky!“*

ARMANDO

*„When I got here I was like this, right?“*

*Er beschreibt mit seinen Armen einen großen Kreis um seinen Bauch.*

ARMANDO

*„They told me I wouldn’t make it.  
The water was already up to my lungs.  
I couldn’t breathe anymore.“*

*Er fährt mit seiner Hand vom Bauch zum Brustkorb hinauf.*

CHARLES

*„That’s no good.“*

ARMANDO

*“So they stuck a needle in my stomach  
and pumped out four litres of water.  
My testicles were big, I couldn’t close my legs.“*

*Armando verdeutlicht die Größe mit seinen Händen.*

ARMANDO

*„Thanks to all the prayer man. I made it!  
That wasn’t my time Charles.“*

CHARLES

*„That’s right!“*

*(...)<sup>35</sup>*

---

<sup>35</sup> Beispiel 3, in Anhang DVD, transkribiert aus Video 3.

Die kommunikative Kultur im Hospiz ermöglicht eine freie und offene Kommunikation über das Sterben. Denn „in einer hospizlichen Sterbebegleitung werden Kummer, Angst und Leid (...) in einer Weise zum Gegenstand der Kommunikation, bei der Sterbende Akzeptanz für ihre spezifische Verfassung und Befindlichkeit erwarten können“ (Winkel 2005: S. 172). Die Voraussetzung für diese offene Kommunikation ist das gemeinsam geteilte Wissen und die Akzeptanz, dass alle Bewohner sterben werden (Göckenjan und Dreßke 2005: S. 160). Im Hospiz ist ein offener Austausch über das Sterben möglich, denn Sterbende erhalten „soziale Bestätigung“ in ihrer Rolle als sterbende Bewohner (Winkel 2005: 176). Doch gilt diese soziale Bestätigung auch Pflegern, Angehörigen und Besuchern im Umgang mit Schmerz und Trauer, wie in der Fortsetzung des Gesprächs zwischen dem Gärtner und dem Hospizbewohner zu beobachten ist:

*Charles der Gärtner läuft am Gartentisch, an dem Armando sitzt, vorbei...*

*CHARLES*

*„This has been a bad week for me. My...my daughter died yesterday.“*

*PFLEGER (Kamera)*

*„How did she pass away?“*

*Charles unterbricht seine Arbeit, bleibt vor dem Tisch stehen und stützt sich mit seinem Besen ab.*

*CHARLES*

*„Her liver and her kidneys failed and then, they took her to the hospital.  
As soon as she got to the hospital she had a stroke.“*

*PFLEGER (Kamera)*

*„I'm sorry, Charles.“*

*Charles fegt weiter den Garten.*

*CHARLES*

*„What can you do? There is nothing you can do.“*

*Armando schmeißt seine Zigarette in den Aschenbecher auf dem Tisch.*

*ARMANDO*

*„That was her turn. Tim was up!“*

*CHARLES*  
*„She was still kind of young.“<sup>36</sup>*

Das Hospiz leistet eine „totale“ Pflege. Sie wird durch die offene Kommunikationskultur und individualisierte Pflege zu einer Institution der „total care“. Ironischer Weise nicht Bezug nehmend auf den Begriff der totalen Institution, sondern im Sinne einer Erweiterung der „pain care“ und „comfort care“ und bedeutet, dass die Lebensqualität des Bewohners der „Behandlungszweck“ der Institution ist (Göckenjan und Dreßke 2005: S. 148). Eine ganzheitliche Sterbebegleitung im Hospiz ist „eine Erweiterung der medizinischen Handlungsorientierung von der Ebene physischer Beschwerden und ihrer Behandlungsmöglichkeiten auf das allgemeine, leibliche-seelische Wohlbefinden“ der Sterbenden (Winkel 2005: S. 174). Eine kollektive Versorgung unter Berücksichtigung der Interessen der Institution, wie es Krankenhäuser oder Massenpflegeheime vorführen, findet keinen Platz für individuelle Interessen und seelische Bedürfnisse, sondern schreibt den Menschen vor, wie sie zu sterben haben. Im Hospiz werden in einem institutionalisierten Kontext die Interessen der Bewohner zum Interesse der Institution (und umgekehrt) und grenzt so das Hospiz von anderen totalen Pflegeinstitutionen mit einer kollektiv orientierten einheitlichen Versorgung ab.

### 3.4 Die Unterscheidung des Hospizes

Die Abgrenzung entsteht durch die Unterscheidung des Hospizes, die in der Institution getroffen wird und genau darin besteht, dass im Hospiz ein ständiger kommunikativer Erwartungsaustausch stattfindet. Es wird versucht eine Ausgewogenheit zwischen institutioneller Organisation auf der einen und individueller Pflege auf der anderen Seite herzustellen - dadurch konstituiert sich das Hospiz. Die Unterscheidung des Hospizes lässt sich auf der Ebene der Interaktion in der Alltagspraxis und -Kommunikation beobachten und entscheidet über den Umgang mit dem Sterben im Hospiz und den bestimmt die Institution.

---

<sup>36</sup> Beispiel 3, in Anhang DVD, transkribiert aus Video 3.

Wie der Umgang mit dem Sterben in der Alltagsinteraktion abläuft, warum dabei die Komik eine maßgebliche Rolle spielt und inwiefern dadurch sterben erlernt werden kann, ist Gegenstand der soziologischen Betrachtung des letzten Hauptkapitels.

## 4 Sozialisierung im Hospiz

### 4.1 Goffmans soziale Situationen und das Selbst

Nach Erving Goffman kann soziales Verhalten von Individuen durch die Analyse der Praxis ihrer Alltagsinteraktion verstanden werden. Gegenstand der Beobachtung ist dabei das soziale Handeln der Individuen in sozialen Situationen. Goffman beschreibt Letztere „as an environment of mutual monitoring possibilities, anywhere within which an individual will find himself accessible to the naked sense of all others who are ‘present,’ and similarly find them accessible to him” (Goffman 2002: S. 229). Demzufolge entsteht eine soziale Situation immer dann, wenn ein Individuum in die Wirkzone eines anderen Individuums gelangt und löst sich folglich auf, sobald diese Bedingung der gegenseitigen Anwesenheit nicht mehr erfüllt wird. In der Interaktion einer sozialen Situation, deren Struktur sich durch das Handeln der Teilnehmer konstituiert, nehmen sich die Individuen gegenseitig wahr und richten – intentional oder unbewusst – ihr Verhalten auf das Verhalten des Interaktionspartners aus. Sie handeln nach bestimmten Verhaltensmustern, die den Regeln der Gruppe zugrunde liegen (Goffman 1982.: S. 5-6). Eine soziale Situation ist demzufolge ein Konstrukt einzelner Individuen, die ihr Verhalten auf die normativen Erwartungen anderer ausrichten.

Dabei wird einem Individuum ein Selbst zugeschrieben, das soziale Situation generiert und zugleich deren Produkt ist. Folglich sieht Goffman „[the] self, then, as a performed character, is not an organic thing that has a specific location, whose fundamental fate is to be born, to mature, and to die; it is a dramatic effect arising diffusely from a scene that is presented, and the characteristic issue, the crucial concern, is whether it will be credited or discredited” (Goffman 1990b: S. 252-253). Demnach ist das Selbst ein Bild eines Individuums, das andere in einer sozialen Situation bekommen bzw. zuschreiben und dessen Diskreditierung davon abhängt, ob das Individuum dieses Bild, bzw. die

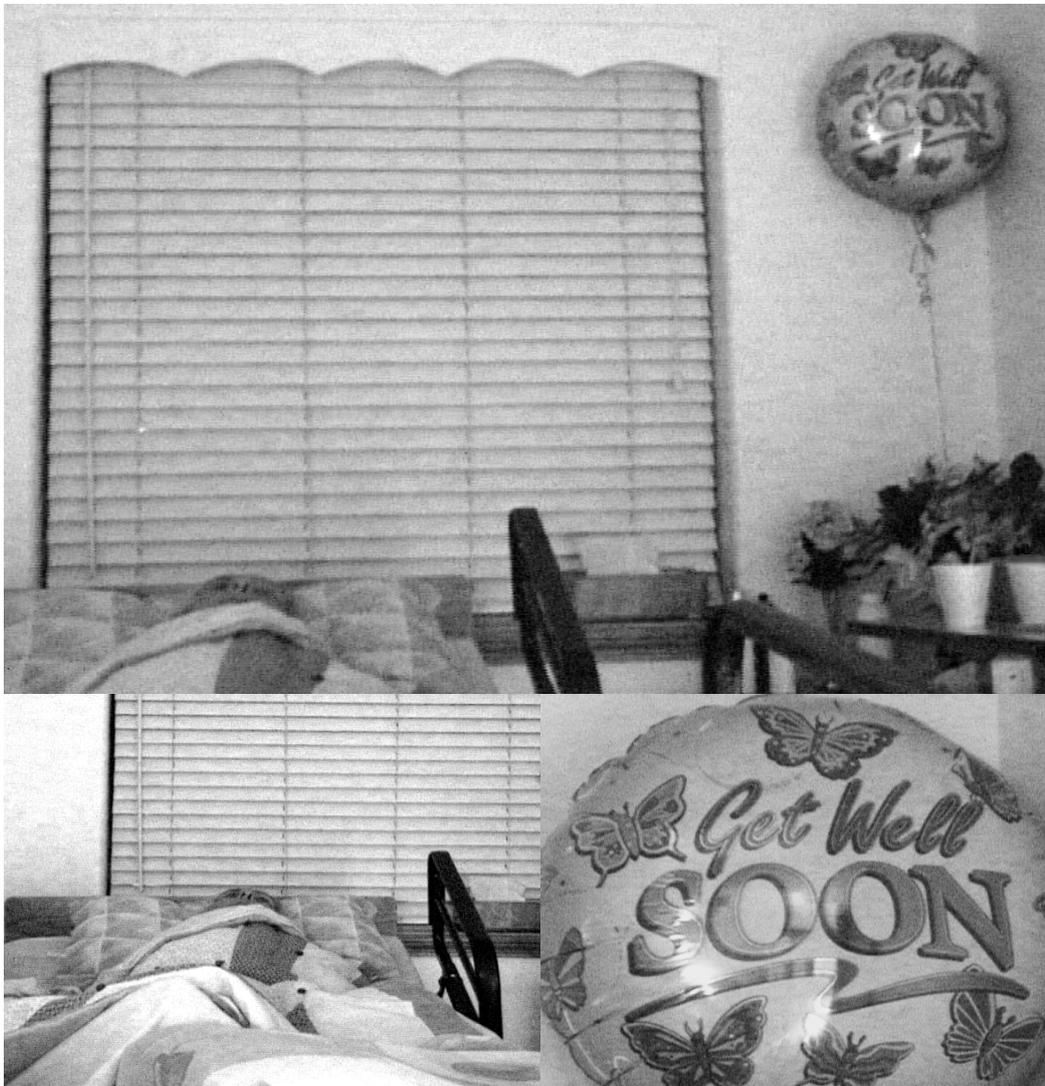
Erwartungen der Gruppe, erfüllt. Im Hospiz gilt dies nicht nur für die Sterbenden, sondern auch für ihre Angehörigen, Besucher und Pfleger. Alle versuchen in der gemeinsamen Lebenswelt ihr „Gesicht“ zu wahren und zu verteidigen, um an ihrem sozial zugeschriebenen Status festhalten zu können. Die Individuen versuchen dementsprechend, eine „gute Figur“ abzugeben. Goffman beschreibt dies als face [Gesicht]: “Face is an image of self delineated in terms of approved social attributes – albeit an image that others may share, as when a person makes a good showing (...) for himself.” (Goffman 1982: S. 5) Das Gesicht ist ein positives Bild, das das Individuum von sich abgeben möchte. Ein Individuum spielt demzufolge zwei Rollen: Eine, die es sich selbst zuschreibt und eine die durch die Interaktionspartner zugeschrieben wird. Letztere, so Goffman, sollte die normativen Erwartungen aller Individuen an die Situation, wie auch an das Individuum, bestätigen. Andernfalls verliert ein Individuum sein Gesicht – es wird von der Gruppe diskreditiert (Goffman 1982.: S. 7-8). Die Verhaltensregeln einer sozialen Gemeinschaft kann ein Individuum erlernen, indem es sich in seinem Handeln an deren anerkannten Normen orientiert.

Wie die Normen der heutigen Gesellschaft im Umgang mit dem Sterben aufgestellt sind, wurde bereits in Kapitel 2.3. dargestellt. Wie sich diese Normen, von denen in einem Hospiz gepflegten Normen unterscheiden, wurde in Kapitel 3.3. aufgezeigt. Doch wie verhält sich ein Individuum im Hospiz, das mit gefestigten gesellschaftlichen Normen ins Hospiz kommt und dort dem gegenläufigen hospiziellen Normenkonstrukt konfrontiert wird?

## 4.2 Dualität von sozialen Rahmen

*„Das Mitbringen von Luftballons mit der Aufschrift „Get Well SOON“, ist ein gern gemachtes Geschenk von Angehörigen an Hospizbewohner. Dass die Erwartungen der Angehörigen von den Sterbenden (meist) nicht erfüllt werden können, ist vorhersehbar. Vorwiegend wird das Geschenk nur zu Beginn der Hospizzeit eines Bewohners gemacht. Die Angehörigen sprechen mit dem Bewohner nicht über das Sterben oder seine Krankheit, sondern versuchen ihn*

aufzumuntern, machten Kommentare zu seinem schönen Zimmer oder diskutierten darüber wo genau der Luftballon aufgehängt werden soll. Manche Bewohner gingen auf die Gespräche ihrer Besucher ein, andere hingegen, denen es nicht mehr möglich war sich fließend zu artikulieren, lächelten ab und an. Meistens versuchten die Angehörigen das Bild der schönen heilen Welt aufrechtzuerhalten: „You’re going to be fine“, „don’t worry, we know that everything is going to be all right“ oder „we talked to the doctor and he has no doubts, that you will be out here soon.“ Doch wir Pfleger wussten alle, dass dies nicht der Fall war. Wenn die Angehörigen weg waren, dann sagten uns die Bewohner, dass sie wissen, dass sie sterben würden und einige entschuldigten sich sogar dafür, dass ihre Angehörigen das nicht akzeptieren wollten.“<sup>37</sup>



(Abbildung 2, Anhang DVD, Standbilder aus Video 4)

<sup>37</sup> Beispiel 4, Anhang DVD, zitiert aus Bericht 2: S. 5-6.

Diese gut gemeinte Geste – das Schenken eines „Get Well SOON“-Luftballons – verdeutlicht die gegenläufige Einstellung einzelner Menschen zu den Normen des Hospizes. Individuen, denen das Hospiz nicht vertraut ist, ist die „organization of experience“ nur eingeschränkt bis gar nicht möglich (Goffman 1986a: S.13). Ihr soziales Verhalten gegenüber Sterbenden wird im hospiziellen Kontext durch ihr gesellschaftliches Normenkonstrukt blockiert. In seinem Werk *Frame Analysis, An Essay on the Organization of Experience* (1974) nimmt Erving Goffman die „organization of experience“ als Leitthema der Arbeit. Wie Goffman die Organisation von Ereignissen beschreibt und welche Schlussfolgerungen dadurch über die Interaktion im Hospiz gezogen werden können, wird im Folgenden aufgezeigt.

### **Primärrahmen**

Laut Goffman verwenden Individuen in sozialen Situationen „frames“ [Rahmen], die ihnen bei der Interpretation einer Situation verhelfen (Goffman 1986a: S. 21). Goffman bezieht sich dabei auf den von Gregory Bateson eingeführten Begriff des Rahmens. Er bezeichnet damit Organisationsprinzipien der Ereignisse auf die Individuen einer Gesellschaft zurückgreifen, um eine aktuelle Situation zu definieren. Sie können dadurch einer Situation einen Sinn zuschreiben (ebd.: S. 10). Ausgangspunkt dieser Sinnzuschreibung sind dabei „Primärrahmen“<sup>38</sup>, die sich durch ihren individuellen Organisationsgrad unterscheiden. Primärrahmen werden auf Grundlage von Regeln, Normen, Meinungen oder Sitten einer Gesellschaft gebildet und verhelfen dem Individuum unbewusst, gleich einer Orientierung, einer Situation einen Sinn zuzuschreiben und sich gemäß dieses Sinnes zu verhalten bzw. auf das Verhalten anderer zu reagieren (ebd.: S. 21). Goffman unterscheidet dabei zwischen natürlichen und sozialen Primärrahmen. Natürliche Primärrahmen beschreiben Ereignisse, die einer natürlichen Ursache entspringen, wie z.B. das Wetter oder der menschliche körperliche Verfall. Sie weisen einen vollständig deterministischen Charakter auf. Soziale Primärrahmen beziehen sich auf Ereignisse, die durch menschliches Verhalten entstehen, wie z.B. eine intentional ausgeführte Handlung einer Person oder die Tabuisierung des Sterbens. Natürliche und soziale Primärrahmen liefern Individuen einen Verständnishintergrund für die Interpretation und Sinnzuschreibung in

---

<sup>38</sup> Dt. Übersetzung des Begriffs „primary framework“, vgl. Goffman 2004, S.21.

Alltagsinteraktionen (ebd.: S. 22). Um diesen Sinn zu organisieren transformieren Individuen die sozialen Primärrahmen, um die es im Folgenden geht, in Moduln<sup>39</sup> oder Täuschungen<sup>40</sup>:

### **Modul**

Bezieht sich ein Individuum in seinem sozialen Verhalten auf einen Primärrahmen, dann wird Letzterer in ein Modul transformiert. Es findet eine Modulation<sup>41</sup> statt (Goffman 1986a: S. 44). Ein Modul ist eine Nachbildung des Primärrahmens, angepasst auf die soziale Situation, in der sich das Individuum befindet. Rekurrierend auf den Primärrahmen und beziehend auf die soziale Situation wohnt jenem Modul jedoch ein neuer Sinn inne, wobei sich alle Beteiligten einer sozialen Situation dieser Sinnveränderung, dieser Modulation, bewusst sind. Goffman bezeichnet den Rückgriff der Individuen auf Primärrahmen und deren anschließende Modulation als ein Spiel der Individuen in sozialen Situationen: „they are only playing“ (ebd.: S. 46). Goffman unterscheidet zwischen fünf Moduln: „make-believe, contests, ceremonials, technical redosings, and regroundings.“ (ebd.: S. 48) In der folgenden Analyse der Alltagsinteraktion im Hospiz wird das erste Modul „make-believe“ [So-tun-als-ob]<sup>42</sup> angewendet. So-tun-als-ob bedeutet, dass ein Individuum eine Handlung transformiert, indem es diese nachahmt. Eine Nachahmung ist z.B. der Scherz (ebd.: S. 52). Es soll jedoch eine weitere Transformation eingeführt werden, die anstelle eines Moduls auf der Grundlage von Primärrahmen stattfinden kann: die Täuschung.

### **Täuschung**

Mit einer Täuschung versucht ein Individuum bewusst den anderen Individuen eine falsche Vorstellung der Situation zu vermitteln. Durch eine Täuschung schreiben nicht alle Beteiligten der sozialen Situation den gleichen Sinn zu, denn nur das Individuum, das die getäuschte Handlung vollführt, ist sich der Täuschung bewusst. Demnach wird

---

<sup>39</sup> Dt. Übersetzung des Begriffs „key“, vgl. ebd.: S. 52.

<sup>40</sup> Dt. Übersetzung des Begriffs „Fabrication“, vgl. ebd.: S. 98.

<sup>41</sup> Dt. Übersetzung des Begriffs „keying“, vgl. ebd.: S. 55.

<sup>42</sup> Dt. Übersetzung des Begriffs „make-believe“, vgl. Goffman 2004, S. 60.

unterschieden zwischen Täuschenden und Getäuschten (Goffman 1986a: S. 83ff.). Goffman nimmt bei der Täuschung, wie auch bereits bei der Modulation, eine Unterscheidung vor. Er beschreibt sechs Arten der Täuschung: „playful deceit“, „experimental hoaxing“, „training hoaxes“, „vital tests“, „paternal constructions“ und „fabrications that are purely strategic“ (ebd.: S. 87ff.). Von diesen sechs stehen die ersten fünf Täuschungen vor dem Hintergrund einer guten Absicht. Mit der sechsten Täuschung verfolgt der Täuschende eine strategisch geplante Absicht, mit dem Ziel der Verwirrung der Getäuschten, die die Beziehung beider oder mehrerer Individuen schädigen kann. Es besteht die Gefahr, dass einer der Getäuschten sein Gesicht verliert (ebd.: S. 102). Die strategische Täuschung und das fünfte Täuschungsmanöver, die „paternalistische Konstruktion“<sup>43</sup>, werden für die folgende Analyse auf die Beobachtungen im Hospiz angewendet. Durch die paternalistische Konstruktion versucht eine Person einer anderen etwas vorzuenthalten, aufgrund der Annahme, dass dies für die getäuschte Person besser sei. Goffman führt das Beispiel des Arztes an, der seinem Patienten dessen Sterbediagnose vorenthält, mit dem Wissen, dass der Betroffene vor dieser Diagnose normalerweise Angst hat (Goffman 1986a: S. 99ff.). Eine paternalistische Konstruktion impliziert meist das Zurückhalten von Informationen.

Wie das Verhalten der Individuen durch Transformationen der Primärrahmen zu einer Dualität von Rahmen führen kann, wird anhand des Beispiels 4 verdeutlicht.

### **Dualität**

Was für eine Transformation stellt die Schenkung des „Get Well SOON“-Luftballons im Hospiz dar? Die Aufschrift auf dem Luftballon ist dabei die zentrale Aussage, die mit dem Geschenk vermittelt werden soll. Der heilsversprechende Gruß scheint eine gut gemeinte Geste der Angehörigen zu sein, also eine paternalistische Konstruktion. Die Angehörigen versuchen dem Sterbenden, der weiß, dass er stirbt, Hoffnung auf eine doch noch mögliche Verlängerung des Lebens zu geben. Im Hospiz stellt dies eine Täuschung dar. Allen Besuchern und Bewohnern ist bewusst, dass die Einweisung einer Person ins Hospiz bedeutet, dass sie bald sterben wird und es keine Aussicht auf

---

<sup>43</sup> Dt. Übersetzung des Begriffs „paternal constructions“, vgl. Goffman 2004, S. 115.

Heilung gibt. Die Angehörigen versuchen in der Rolle der Täuschenden das hoffnungsvolle Bild des gesunden und unsterblichen Körpers des Sterbenden aufrechtzuerhalten. Dem gegenüber steht, dass der Sterbende sich seines Sterbens qua Einweisung ins Hospiz meist bewusst ist. Auch seine Angehörigen, die ihm den Luftballon schenken, sind sich dieser Tatsache bewusst, doch scheinbar besteht für sie kein Grund, das Sterben zu thematisieren. Sie schreiben der Sterbesituation im Hospiz einen anderen Sinn zu, den der Heilung. Ihre Täuschung zeigt, dass sie das Sterben nicht akzeptieren wollen. Durch ihre Rahmung lassen sie dem Bewohner im Hospiz keine Sterberolle zukommen. Das Handeln der Angehörigen gründet sich „on the basis of wrong premises“ (Goffman 1986a: S. 308). Goffman bezeichnet dieses Verhalten als eine Fehlrahmung der Handelnden. Eine Rahmung auf Grundlage von falschen Erwartungen und Annahmen, also der Situation nicht entsprechender Primärrahmen. Es gilt demnach, diese Täuschung nicht auf der Ebene der Transformation zu analysieren, sondern auf der Ebene ihrer Primärrahmen, auf die sich die Täuschenden beziehen.

Primärrahmen wurden als normative Konstrukte beschrieben, die den Individuen helfen, sich in einer Situation zurechtzufinden. Durch die Anwendung eines Primärrahmens machen sie sich eine Vorstellung, was in einer Situation vor sich geht und können ihr einen Sinn zuschreiben. Den Angehörigen aus Beispiel 4 ist dies nicht möglich. Warum nicht? Ihre Primärrahmen referieren auf die in Kapitel 2.3. beschriebene gesellschaftliche Einstellung gegenüber dem Sterben, in deren normativer Struktur das Sterben nicht akzeptiert bzw. vorhanden ist. Die Primärrahmen und auch deren Transformationen sind ein Produkt dieser gesellschaftlichen Einstellung, wohingegen im Hospiz das Sterben erwartet wird. Diese Erwartung können die Angehörigen des Luftballonbeispiels nicht erfüllen, denn das Sterben muss zuerst in ihrer normativen Referenzstruktur Anerkennung finden.

Zusammenfassend lässt sich die Dualität der Rahmen als ein Konflikt zwischen sozialen Primärrahmen beschreiben, der immer dann auftritt, wenn es zu einer Fehlrahmung der Individuen kommt. Im Hospiz treffen gegensätzliche soziale Primärrahmen aufeinander. Es lassen sich dort zwei Extreme kategorisieren: (1) Auf der einen Seite Primärrahmen der Individuen, die sich aus der geistigen Haltung der heutigen Gesellschaft zum Sterben, wie sie in Kapitel 2.3. beschrieben wurde, entwickelt haben. Diese Individuen

negieren und tabuisieren ihr Sterben und das anderer. Sie sind der Meinung, dass Menschen bis zum Tod versuchen sollten, diesen hinauszuzögern. Im Hospiz geht diese Einstellung meist von neuen Bewohnern, deren Angehörigen und von neuen ehrenamtlichen und festangestellten Mitarbeitern aus. (2) Dem entgegen stehen Primärrahmen der Individuen, die sich aus der hospiziellen Einstellung zum Sterben, wie sie in Kapitel 3.3. eingeführt wurde, ergeben. Diese Individuen sehen das Sterben als einen natürlichen, zu akzeptierenden Prozess des Lebens an. Sie sind der Auffassung, dass das Sterben würdevoll begleitet werden muss und jede Hinauszögerung des Todes keinen Mehrwert für den Sterbenden leistet. Zu diesen Individuen gehören Mitarbeiter, Bewohner und Angehörige, die sich im Hospiz sozialisiert haben. Sie handeln gemäß der Normenstruktur des Hospizes.

Um den offenen Umgang mit dem Sterben zu erlernen, benötigt es eine Veränderung des sozialen Primärrahmens eines Individuums. Es liegt nahe, dass dies durch eine Sozialisierung im Hospiz stattfinden kann. Die Dualität von sozialen Rahmen leitet dabei die Sozialisierung eines Individuums im Hospiz ein, denn die Fehlrahmung führt zu einem Rahmenbruch, und wie im nächsten Kapitel aufgezeigt wird, zwingt dieser das Individuum einen neuen Rahmen zu definieren.

### 4.3 Rahmenbruch

Die Folge eines Rahmenkonflikts zwischen zwei unterschiedlichen Primärrahmen bezeichnet Goffman als einen Rahmenbruch, der durch eine Fehlrahmung entsteht (Goffman 1986a: S. 347). Ein Individuum hat eine Situation falsch interpretiert. Es hat Erwartungen an die Situation gestellt, die weder dieser entsprechen, noch die von ihm erfüllt werden können und anschließend sein Verhalten in Bezug auf diese Erwartungen ausgerichtet. „The actor will then find himself using not the wrong word but the wrong language.“ (ebd.: S. 309) Mit Bezug auf einen falschen Rahmen stellt sich das Individuum in ein unstimmiges Verhältnis zu den Ereignissen einer Situation. Ein Beispiel aus dem Hospiz:

*„Ein Bewohner war sehr unruhig und hatte starke Schmerzen, die durch schmerzlindernde Medikamente nur schwer zu kontrollieren waren. Mitten in der Nacht stöhnte er zum wiederholten Male. Die anderen Bewohner fühlten sich dadurch gestört. Bis die Wirkung der stärkeren Medikamente einsetzte, verging eine Weile, die wir Hände haltend an seinem Bett verbrachten. „Kill him, now!“ rief ein Bewohner aus dem Nebenzimmer. Zwei weitere Bewohner fingen auch an, sich lautstark dazu zu äußern: „Make him shut up! I want to get some sleep“, „Just kill him already!“ Für uns Pfleger war dieses Verhalten im ersten Moment unerwartet, gegenwärtig beängstigend in seiner Heftigkeit. Es kommt oft vor, dass Bewohner sich von den Pflegern wünschen, ihnen zu einem schnellen Tod zu verhelfen. Doch dass andere Bewohner den Tod von Mitbewohnern fordern, ist eher selten. Doch wir lächelten verständnisvoll und nahmen es mit Humor. Wohingegen eine aufgebrauchte Besucherin entsetzt ins Zimmer kam und dies ganz und gar nicht witzig fand. Sie sah mit angsterfülltem Blick an und erwartete scheinbar, dass wir etwas unternehmen. Dann sagte sie nur: „I guess they didn't sleep very well, bad dreams.“ Wir Pfleger lächelten erneut. Sie ging mit einem gezwungenen Grinsen zurück zu ihrem noch schlafenden Vater zwei Zimmer weiter.“<sup>44</sup>*

Das Individuum kann mit einem der Situation nicht angemessenen sozialen Rahmen die stattfindenden Ereignisse nicht organisieren. Es kann der Situation keinen Sinn zuschreiben und es kommt zum Rahmenbruch. Ein Rahmenbruch bedeutet demzufolge, dass die Funktion des Rahmens keine Anwendung auf eine Situation findet (Goffman 1986a: S. 347). Wie im beschriebenen Beispiel deutlich wird, weiß die Dame nicht wie sie mit der Situation umgehen soll. Diese ist ihr gänzlich neu und demnach hat sie keine Referenz, wie sie sich verhalten soll, denn sie kennt die an sie und die Situation gestellten Erwartungen nicht. „These are all cases, note, when the ordinary flow of framed activity fails for ordinary reasons, and the individual finds himself cut off, at least momentarily, from confirmatory involvement in his world.“ (ebd.: S. 322) In diesem Moment kann das Individuum seine eigene Rolle nicht beschreiben und erst durch den Rahmenbruch erkennt es, bewusst oder unbewusst, dass es seinen sozialen

---

<sup>44</sup> Beispiel 5, in Anhang DVD, zitiert aus Bericht 2: S. 5.

Primärrahmen verändern muss, um ein „einheitliches Bild“ abgeben zu können und das Gesicht nicht zu verlieren.

Personen im Hospiz werden zu Beginn des Hospizaufenthalts regelmäßig mit ihnen unbekanntem Situationen und Ereignissen konfrontiert. Wie anhand der oben beschriebenen Situation zu beobachten ist, kann einer Situation, in der ein Rahmen nicht funktioniert, eine Komik zugeschrieben werden. Der Rahmenbruch gibt dabei Anlass für Komik. Denn im Moment eines Rahmenbruchs scheint die Komik für ein Individuum eine Möglichkeit zu bieten, die Situation zu organisieren. Welche Funktion erfüllt die Komik in solchen Situationen? Um diese Frage beantworten zu können bedarf es einer genaueren Bestimmung der Komik.

#### 4.4 Dramaturgie 2: die Komik

Was wird unter Komik verstanden und inwiefern kann diese mit dem Hospiz in Verbindung gebracht werden? Dafür ist es notwendig die Beziehung zwischen Komik und Tragik zu explizieren. Denn das Vorhandensein einer Komik bedingt die Existenz einer Tragik. Erst durch ihre Differenz konstituieren sie sich gegenseitig. Die Tatsache, dass Menschen eines Tages sterben müssen, ist für sie tragisch. Der bevorstehende Tod und das Unwissen über den Zustand danach, verunsichert und verängstigt sie. Ebenso die Ungewissheit über den Ablauf des Sterbens. Doch ist es gerade die Angst der Menschen vor dem Tragischen, die Gelegenheit für das Komische schafft. Hierzu Friedrich Nietzsche:

*"Wenn man erwägt, dass der Mensch manche hunderttausend Jahre lang ein im höchsten Grade der Furcht zugängliches Tier war, und das alles Plötzliche, Unerwartete ihn kampfbereit, vielleicht todesbereit sein hieß, ja dass selbst später, in sozialen Verhältnissen, alle Sicherheit auf dem erwarteten, auf dem Herkommen in Meinung und Tätigkeit beruhte, so darf man sich nicht wundern, dass bei allem Plötzlichen, Unerwarteten, in Wort und Tat, wenn es ohne Gefahr und Schaden hereinbricht, der Mensch ausgelassen wird, ins Gegenteil*

*der Furcht übergeht: das vor Angst zitternde zusammengekrümmte Wesen schnell empor, entfaltet sich weit- der Mensch lacht. Diesen Übergang aus momentaner Angst in kurzdauernden Übermut nennt man das Komische. Dagegen geht im Phänomen des Tragischen der Mensch schnell aus großem, dauerndem Übermut in große Angst über; da aber unter Sterblichen der große dauernde Übermut viel seltener als der Anlaß zur Angst ist, so gibt es viel mehr des Komischen als des Tragischen in der Welt; man lacht viel öfter, als dass man erschüttert ist.“ (Nietzsche 1999: S. 157)*

Bezug nehmend auf Nietzsche verwundert es nicht, dass in einem Hospiz Komik zu beobachten ist, nein, vielmehr bedingt das Hospiz geradezu ein Vorhandensein der Komik. Denn auch dort haben die Menschen Angst vor dem Sterben und dem Tod. Ihnen wird jegliche, mit Odo Marquard ausgedrückt, „Heiterkeit“ abgesprochen und „je mehr die Heiterkeit auf der Flucht ist, d.h. je entkommender und je ohnmächtiger sie wird, desto mehr nähert sie sich dem Lachen.“ (Marquard 1976: S. 134) Demzufolge ist die Komik im Hospiz ein Produkt der Angst vor dem Sterben.

Die Angst entsteht durch die Unwissenheit der Menschen über den Verlauf des Sterbeprozesses und dessen Ende, dem Tod, und der ist gewiss. Der Weg dort hin ist weder planbar, noch kann er festgelegt werden. Der Sterbeprozess ist, mit den Worten Nietzsches, etwas erwartbar Unerwartbares. Er ist für einen Menschen stets neu und unbekannt<sup>45</sup>.

Die Zuschreibung der Komik erfolgt nach Nietzsche dann, wenn einem Individuum bewusst wird, dass seine Angst vor einer neuen Situation unbegründet war. Dem Individuum wird bewusst, dass das erwartbare Unerwartbare keinen Schaden mit sich bringt und es keinen Grund zur Furcht mehr gibt. Als Komik beschreibt Nietzsche dann

---

<sup>45</sup> Egal wie und wo ein Mensch stirbt, der Prozess des Sterbens birgt immer Überraschungen. Er verläuft von Mensch zu Mensch individuell unterschiedlich, geradezu einzigartig und immer wieder neu in seiner Ausformung. Deshalb ist die Begleitung eines Sterbenden auch für alle Beteiligten einmalig, so auch im Hospiz. Selbst Hospizpfleger müssen immer wieder neue Situationen und Ereignisse mit Sterbenden erwarten und erleben. Im Hospiz begegnen die Bewohner, wie auch ihre Angehörigen, ab dem Moment der Einweisung ihnen bisher unbekannt neuen Situationen. So z.B. die Dame aus Beispiel 5, vgl. S. 43, die mitbekommt, wie Hospizbewohner den Tod eines Mitbewohners fordern oder weitere Beispiele wie erwachsene Menschen in Windeln, deren Krebsgeschwüre und Defäkation, ein toter menschlicher Körper oder der aus dem Hals rauchende Cowboy aus Beispiel 2, vgl. S. 30.

den Moment, in dem das Individuum erkennt, dass er sich nicht mehr fürchten muss. Marquard spricht in diesem Zusammenhang vom „Nichtigen“ das sichtbar wird. Das vom Individuum als ernst (bei Nietzsche die Angst) angesehene, wird plötzlich nichtig und dadurch komisch (Marquard 1976: S. 135). „So antwortet man auf die plötzlich sichtbar werdende Veränderlichkeit der Verhältnisse nicht mit Ändern oder Stabilisieren, [...] sondern mit Lachen.“ (ebd.: S. 143) Denn komisch ist das als nichtig Angesehene gerade deshalb, weil ein Individuum damit nicht umgehen kann. Diese sichtbare Unfähigkeit oder Unwissenheit eines Individuums bezeichnet Sigmund Freud als „das Naive“ (Freud 2009: S. 194). Ein Individuum hält sich nicht an soziale Normen und Erwartungen, nicht zum Trotz oder zur Provokation, sondern weil es sie nicht kennt (Freud 2009: S. 194). Dann wird einer Person, einem Ereignis oder eine Situation eine Komik zugeschrieben.

Der Scherz bzw. der Witz sind nach Freud eine Gattung der Komik, doch muss unterschieden werden: „der Witz wird gemacht, die Komik wird gefunden“ (ebd.: S. 193). So auch für die folgende Argumentation, in der den Rollen der Komik im Hospiz nachgegangen wird.

#### 4.5 Sozialisierung: Die Komik als Spiel und Rahmen

Jedes Verhalten der Individuen im Hospiz bezieht sich explizit oder implizit auf das Sterben. Die Komik lässt sich bei neuen Bewohnern und Angehörigen zum ersten Mal dann beobachten, wenn sie nicht wissen, wie sie mit einer Situation, die das Sterben zum Inhalt hat, umgehen sollen. Sie können mit ihren erlernten Primärrahmen diese Situation für sich nicht organisieren. Dann transformiert das Individuum den Primärrahmen und macht die Situation zum Spiel.

##### **Spiel**

Die Transformation einer Situation zum Spiel kann durch Komik erfolgen, wie anhand zweier Beispiele aus dem Hospiz im Folgenden verdeutlicht wird:

*„[Eine Bewohnerin] konnte nicht mehr laufen und sitzen und beschimpfte uns Pfleger, als wir sie reinigten: „Why don't you let me get up? I can do that by myself. I don't need this diaper. This is just because you don't like me.“ Sie war nicht die einzige Bewohnerin, die sich gegen das Tragen einer Windel wehrte, obwohl sie wusste, dass sie nicht mehr aufstehen kann, um auf die Toilette zu gehen. Nach einer Woche im Hospiz änderte sich ihr Verhalten gegenüber der unumgänglichen Reinigung durch die Pfleger: „I know you people, you just want to make fun of me in the diaper.“ Sie zwinkerte mit einem Auge und begann zu lachen, “but that's ok, with the diaper I almost look like a baby, right?“ Ihr lachen verstummte. Wir Pfleger lächelten.“<sup>46</sup>*

Die Bewohnerin ist sich über ihren körperlichen Zustand bewusst, der erfordert, dass sie auf die Hilfe der Pfleger angewiesen ist. Sie versucht sich ihre Situation durch soziale Primärrahmen zu erklären, kann aber mit ihrer Normenstruktur der Situation keinen Sinn zuschreiben, denn jene Situation ist für sie nicht normal. Jedoch ist sie gezwungen, die Reinigung durch die Pfleger zu akzeptieren. Indem die Bewohnerin scherzhaft die Situation kommentiert, behilft sie sich mit einem Spiel (Scherz). Diese Modulation der Primärrahmen, ist das Goffmansche als So-tun-als-ob<sup>47</sup>. Die Bewohnerin schreibt durch den Scherz der Situation bewusst einen anderen Sinn zu, als dieser innewohnt. Sie vergleicht sich mit einem Baby. Auch die Dame im Beispiel 5<sup>48</sup> verwendet im Umgang mit der Situation der Hospizbewohner, die den Tod eines Mitbewohners fordern, einen Scherz. Sie erklärt das Verhalten der Bewohner mit der Begründung, dass sie schlecht geträumt hätten. Auch hier ist zu beobachten, dass sie der Situation einen anderen Sinn zuschreibt. Die Transformation ihres sozialen Primärrahmens in eine Modulation führt zur Beschreibung eines neuen Rahmens. Dabei wird der Inhalt ihres Primärrahmens transformiert, aber nicht verändert. Denn die Veränderung besteht nach Goffman darin, dass zu einem Primärrahmen eine neue Schicht hinzugefügt wird (Goffman 1986a: S. 82). Indem ein neuer Rahmen auf Grundlage des Primärrahmens beschrieben wird, werden lediglich dessen Grenzen durch eine zusätzliche Schicht erweitert. Für die

<sup>46</sup> Beispiel 6, Anhang 1, zitiert aus Bericht 3: S. 3.

<sup>47</sup> Vgl. 4.2., S. 39.

<sup>48</sup> Vgl. 4.3., S. 43.

Dauer einer Situation können die Individuen durch eine Modulation die Ereignisse organisieren, ohne diese gleichzeitig als sinnvoll anzuerkennen, denn sie spielen nur damit.

Die Komik als Spiel hat die Funktion der Organisation von Situationen, mit deren Umgang das Individuum keine Erfahrung hat. Auf diese Weise hilft die Komik dem Individuum spielerisch und naiv mit dem Sterben umzugehen. Sie ist dabei ein Spiel, das, denken wir an Nietzsche, der die Komik als den Übergang aus momentaner Angst in kurzdauernden Übermut beschrieb, als eine Art Brücke fungiert zwischen der Erkenntnis, dass ein Rahmen nicht anwendbar ist und dem Verstehen, dass es eines andere Rahmens bedarf. Ab wann hat dann ein Individuum den Umgang mit dem Sterben gelernt?

### **Rahmen**

Nach Goffman kann eine Modulation eines Primärrahmens erneut transformiert werden (1986a: S. 156). Dadurch entsteht eine Transformation der Transformation, wobei die letzte Transformation sich immer auf die vorangegangene Modulation bezieht. Es entsteht eine Kette von Modulationen. Diese ständige Rahmenerweiterung führt dazu, dass das Individuum eine Referenzstruktur hat, um einer Situation einen Sinn zuschreiben zu können. Die Komik führt dann nicht nur wie beim Spiel zu einer Modulation eines Rahmens, sondern wird selbst zu einem Bestandteil eines Primärrahmens, auf den sich das Individuum bezieht. Mit Primärrahmen, so Goffman, konstituiert eine soziale Gruppe „a central element of its culture“ (ebd.: S. 27). Demgemäß ist die Komik im Umgang mit dem Sterben eines der Bedeutungsschemata der Hospizkultur, auf das sich ein Individuum in der Alltagsinteraktion bezieht. Eine anerkannte Norm. Hierzu ein Beispiel aus dem Hospiz:

*Dem Bewohner Armando wurden 2 Monaten nach seiner Einweisung ins Hospiz im Wintergarten die Haare geschnitten. Dort sitzt er in einem Stuhl und reinigt seine Schuhe, auf die ein paar Haare gefallen sind. Ein Pfleger (Kamera) kommt mit einem Rollstuhl, um ihn wieder in sein Zimmer zu bringen:*

ARMANDO  
 „The hair has fallen in my shoe...  
 So I need a tape to get them out.”

PFLEGER  
 “Nice hair cut!”

ARMANDO  
 “You are jealous of me, I know.”  
 Armando und der Pfleger lachen.

ARMANDO  
 „Guess what I have got and you don't have.”

PFLEGER  
 „What have you got?“

ARMANDO  
 „I got cancer in my liver.“  
 Armando lehnt sich zurück und zeigt auf seinen Bauch.

PFLEGER  
 „I don't have it, that's true.“

ARMANDO  
 „I told you, you don't have it.“

PFLEGER  
 „I'm jealous!?“

ARMANDO  
 „Jealous, jealous, jealous.  
 But I don't recommend it. This is something  
 you don't need to have.“  
 Armando inspiziert seinen Schuh.

ARMANDO  
 „I'll have it for you.“  
 Er fängt wieder an seinen Schuh von den Haaren zu befreien.<sup>49</sup>

Auch wenn die Komik ein Bestandteil der Normenstruktur im Hospiz ist, bedeutet dies nicht, dass ein Individuum, das sich auf diese Norm bezieht, den Umgang mit dem Sterben gelernt hat, sondern lediglich, dass es den Umgang als normal ansieht. Denn die Kette der Rahmenerweiterungen ist ein fortwährender Prozess, dem folglich kein Ende

<sup>49</sup> Beispiel 7, in Anhang DVD, transkribiert aus Video 5.

zugeschrieben werden kann. Jedes weitere Verhalten ist eine Fortführung von diesem „process of retransformation“ (Goffman 1986a: S. 156). Marquard erklärte, dass es durch die Komik zu keiner Veränderung aufseiten des Individuums kommt.<sup>50</sup> Dennoch hat sich etwas verändert, denn das Individuum schreibt der Komik im Umgang mit dem Sterben auf einmal eine Normalität zu. Marquard begründet dies mit einer Veränderung der Form der Komik: „vorher als Form der Antizipation und nachher als Form der Konservierung der Heiterkeit“ (Marquard 1976: S. 147).

### **Zusammenführung**

Führt man Goffman und Marquard zusammen, dann dient die Komik als Spiel der Antizipation von sozialer Situationen, wodurch ein Individuum mit Situationen im Hospiz umgehen kann, die ihm bis dato unbekannt waren. Wohingegen die Komik als Rahmen eine Konservierung der Heiterkeit ist. Das Individuum hat keine Hemmungen im Umgang mit seinem oder dem Sterben anderer, denn das Sterben wurde für es „nichtiger“.<sup>51</sup>

Demzufolge, mit Freud fortgeführt, geht ein Individuum, besonders Bewohner, im Hospiz, dem der Umgang mit dem Sterben vertraut<sup>52</sup> ist, im Vergleich zu einem Individuum, dem der Umgang fremd<sup>53</sup> ist, mit dem Sterben „naiver“.<sup>54</sup> Aber Freud setzt hier als Bedingung, dass Naivität nur dann zugeschrieben werden kann, wenn die Person unwissend gegen die Normen und Erwartungen verstößt.<sup>55</sup> In diesem Fall sind es die Normen der heutigen Gesellschaft, die das Individuum erlernte, bevor es ins Hospiz kam. Doch kennt sie diese im Hospiz noch? Das Hospiz ist nach Goffman eine totale Institution<sup>56</sup>. In diesem erleben die Bewohner eine „disculturation“<sup>57</sup>. Längerfristig führt diese zu einer Veränderung der sozialen Primärrahmen. Die Bewohner beherrschen die

---

<sup>50</sup> Vgl. 4.4., S. 45.

<sup>51</sup> Vgl. 4.4., S. 46.

<sup>52</sup> Vgl. Beispiel 7, 4.5., S. 48-49.

<sup>53</sup> Vgl. Beispiel 6, 4.5., S. 47.

<sup>54</sup> Vgl. 4.4., S. 46.

<sup>55</sup> Vgl. ebd.

<sup>56</sup> Vgl. 3.2., S. 26-29.

<sup>57</sup> Vgl. 3.1, S. 24-25.

außerhalb der Institution erlernten Normen nicht mehr, für sie gelten die Normen des Hospizes. Ein Bewohner, der durch den Hospizaufenthalt sozialisiert wurde, begegnet somit dem Sterben naiver als ein Bewohner, der neu ist. Doch, wie mit Thomas Macho beschrieben wurde, ist es nicht möglich das eigene Ende in seine Gänze zu konzipieren.<sup>58</sup> Das Erlernen des Umgangs mit dem Sterben ist ein nicht abgeschlossener Prozess, der sich zwischen nicht erlernt und erlernt, also z.B. gefürchtet und nichtig oder ernst und heiter oder tabuisiert und normal, bewegen kann. Demnach das Sterben während dem Leben niemals als absolut gelernt angesehen werden. Dem Sterben kann lediglich ein Grad der Normalität zugeschrieben werden.

Welche Rückschlüsse lassen sich dadurch auf das Hospiz ziehen? Was bedeutet die Normalität im Umgang mit dem Sterben für das Verständnis der Institution?

#### 4.6 Die Komik des Hospizes

*„Das [Hospiz] erhält täglich Spenden. Meist Sachspenden. Ein bis zwei Mal im Monat erhalten wir Blumenkränze vom Friedhof. Dies passiert immer dann, wenn ein Bewohner im Hospiz starb, für den anschließend eine etwas größere Beerdigungszeremonie vollzogen wurde. Dann veranlassen die Angehörigen häufig, dass das funeral home uns die Blumenkränze nach der Trauerfeier vorbeibringt. Wir Pfleger zerrupfen die Gestecke und stellen daraus einzelne kleine Blumensträuße zusammen. Wir setzen sie in Vasen und die kommen anschließend auf die Nachttische, Fensterablagen oder Fernseher der Bewohner. Manche Angehörigen im Hospiz waren häufig erst sehr verwundert über diese Aktion: „That’s marcabre“ oder „that’s weird“, kommentierten sie das Geschehen. Doch war es dann allen nicht mehr so wichtig, da sie sahen, wie sich die Bewohner über die vielen Blumen freuten.“<sup>59</sup>*

---

<sup>58</sup> Vgl. 2.1., S. 8.

<sup>59</sup> Beispiel 8, Anhang 1, zitiert aus Bericht 3: S. 4.



(Abbildung 3, Anhang 1, aus Bericht 3 : S. 4)

Im Hospiz ist es normal, dass die Blumengestecke der Verstorbenen gebracht werden, um dort die Zimmer der Sterbenden zu schmücken. Für Außenstehende wirken die Blumenkränze im Hospizkontext komisch. Wie bei Nietzsche kann Komik dann zugeschrieben werden, wenn erkannt wird, dass etwas Beängstigendes plötzlich normal bzw. selbstverständlich ist. In den Worten von Marquard und Freud: ist das Sterben im Hospiz „nichtig“ und „naiv“.

Entgegen dem vorherrschenden Bild der Gesellschaft vom Sterben, die es als tragisch ansieht, erfährt das Sterben im Hospiz einen selbstverständlichen Umgang und wird als normal angesehen. Genau diese Normalität im Umgang mit dem Sterben ist die Naivität des Hospizes und damit dessen Komik.

## 5 Sterben lernen?

Diese Arbeit ging der Frage nach, ob es möglich ist, durch die Komik den Umgang mit dem Sterben zu erlernen, die anhand einer Dramaturgie des Sterbens im Hospiz beantwortet werden sollte. Dabei wurde dieser Arbeit das Verständnis des dramaturgischen Konzepts nach Goffman zugrunde gelegt. Das Erlernen des Umgangs mit dem Sterben wurde durch die Dramaturgie beobachtbar, indem die Komik im Umgang mit der Tragik im Hospiz auf Grundlage von sozialen Rahmen beschrieben und erklärt wurde.

Um die anfangs aufgestellten Thesen, der Mensch habe in der heutigen Gesellschaft verlernt mit seinem und dem Sterben anderer umzugehen und könne ohne die Komik mit dieser Tragik nicht umgehen, beantworten zu können, war es einleitend notwendig, die sozialen Bezugsrahmen zu beschreiben. Dies erfolgte durch eine Gegenwartsdiagnose der heutigen Gesellschaft, deren Umgang mit dem Sterben und der dabei beobachtbaren Tragik verdeutlicht wurde. Der Sterbeprozess kann heutzutage durch den technischen medizinischen Fortschritt zwar besser denn je begleitet werden, es kann jedoch durch die Institutionalisierung des Sterbens in nach Gesundheit strebenden Institutionen zu einem unwürdigen tragischen Umgang mit Sterbenden kommen. Gleichzeitig werden die Sterbenden ausgebürgert. Primärerfahrungen mit Sterbenden sind seltener, als es früher der Fall war und der Umgang mit Sterbenden ist ein nicht gern „gesehenes“ Thema im Alltag. Obgleich das Sterben ein Tabu in der heutigen Gesellschaft ist, gibt es einen Diskurs um ein würdiges und selbstbestimmtes Sterben, der durch die Hospizbewegung maßgeblich öffentlich wurde.

Das Hospiz, als eine totale Institution, wie es mit Goffman expliziert wurde, sucht einen anderen Umgang mit Sterbenden. Entgegen der gesellschaftlich gängigen Institutionalisierung der Sterbenden in Krankenhäusern und Pflegeheimen, richtet sich die Pflege und Sterbebegleitung in einem Hospiz stärker auf die Sterbenden – und eben auf das Sterben – aus. Dies erfolgt aber auch durch eine Institutionalisierung und nicht durch Ent-Institutionalisierung. Das Ziel der Pflege im Hospiz ist, durch eine Individualisierung der Versorgung, den Sterbenden einen selbstbestimmten und würdevollen Sterbeprozess zu ermöglichen und nicht hinauszuzögern. Das Hospiz versucht dabei stets, die institutionelle Organisation der individualisierten

Sterbebegleitung unterzuordnen. Das Hospiz bietet Sterbenden und deren Angehörigen einen Rahmen, der eine persönliche Nähe und offene Kommunikation im Umgang mit dem Sterben erlaubt bzw. durch die strukturelle Nähe im Hospiz geradezu erzwingt. Diese Charakteristika des Hospizes grenzen es maßgeblich von anderen Institutionen ab, in denen gestorben wird. Es wurde gezeigt, dass für das Hospiz andere Normen gelten, als jene, die in der Gegenwartsdiagnose der Gesellschaft ermittelt wurden.

Diese zwei Normenstrukturen können im Hospiz zu einer Dualität von Rahmen führen und aufseiten der nicht sozialisierten Individuen einen Rahmenbruch zur Folge haben. Durch die Normenstruktur der Gesellschaft ist es Individuen nicht möglich, Situationen im Hospiz einen Sinn zuzuschreiben. Doch wie mit Goffman erklärt wurde, führt dies immer zur Beschreibung eines neuen Rahmens. Dieser ist zu Beginn eines Hospizaufenthalts jedoch meist eine Form der Komik, wie z.B. der Scherz. Erst wenn durch eine Kette von Transformationen ein Individuum sich im Hospiz sozialisiert, vor allem ausgelöst durch die totale Institution Hospiz, werden die hospiziellen Normen in den Rahmen eines Individuums verankert. Wie mit Beispielen verdeutlicht wurde, macht die Komik diesen Sozialisierungsprozess sichtbar und ihr können dabei zwei Rollen zugeschrieben werden. Erstens die *Komik als Spiel* mit der Funktion, neue unbekannte Situationen, wie den Umgang mit dem Sterben, für einen Menschen antizipierbar zu machen. Kommt es durch die Auseinandersetzung mit dem Sterben zu einem Rahmenbruch, so könnte ein Mensch ohne die Komik mit dem Sterben nicht umgehen, denn keiner der erlernten Rahmen ist anwendbar. Zweitens die *Komik als sozialer Primärrahmen*, der dadurch, wie mit Goffman beschrieben wurde, ein Teil der Hospizkultur ist und erwartbar wird. Das Individuum hat keine Hemmungen, offen mit dem Sterben umzugehen. Denn durch das Hospiz, als totale Institution, erlebt das Individuum eine „disculturation“. Das Sterben wird für das Individuum normal und gehört schließlich zum Alltag dazu.

Die Frage, inwiefern der Umgang mit dem Sterben für alle Beteiligten lernbar ist, wurde in diesem Zusammenhang beantwortet. Zwar findet eine Sozialisierung im Hospiz statt, die bedeutet, dass damit einhergehend auch das Sterben akzeptiert wird, doch nicht dass es *gelernt* wird. Der Umgang mit dem Sterben kann nur *erlernt* werden, denn es ist ein nicht endender Prozess, wie es mit Goffmans Transformationen dargestellt wurde. Der

Umgang mit dem Sterben kann während des Lebens niemals als final *gelernt* angesehen werden. Denn das Sterben endet mit dem Tod und dieser ist für den Menschen während des Lebens opak. Wie auch Thomas Macho bemerkte, ist es nicht möglich, das eigene Ende widerspruchsfrei zu konzipieren. Denn den Umgang mit dem Sterben kann ein Mensch erst dann in seiner Gänze erlernen, wenn er gestorben ist und inwiefern dem eine Komik oder Tragik zugeschrieben werden kann, wurde hier nicht diskutiert. Bis zu seinem Tod bewegt sich das Erlernen zwischen nicht erlernt – gelernt wie z.B. gefürchtet – nichtig, ernst – heiter und tabuisiert – normal. Dabei geht es um das Erlernen des Umgangs mit dem Sterben eines Individuums der heutigen Gesellschaft, ausgelöst durch die Einweisung in die totale Institution Hospiz.

Dieser Lernprozess entsteht durch die Tragik und Komik des Hospizes, also dessen Dramaturgie. Das Hospiz macht tragischerweise die Sterbenden zu Sterbenden und gibt komischerweise dem Sterben eine Normalität zurück, die dem Sterben in der heutigen Gesellschaft nicht zugeschrieben wird. Dass durch Hospize Menschen würdevoll und in Frieden ihren eigenen individuellen Sterbeprozess leben(!) können, zeigten einige Beispiele der Arbeit. Denn die Würde eines Menschen besteht gerade darin, über sein bevorstehendes aber ungewisses Ende zu lachen. Tragisch erscheint nur, dass die heutige Gesellschaft zu diesem Umgang mit dem Sterben durch die Institution geradezu gezwungen werden muss. Doch die Verankerung des Hospizgedankens hat in der heutigen Gesellschaft ja erst begonnen.

Jede Gesellschaft hat ihre Art und Weise, wie sie mit ihrer Sterblichkeit umgeht. Die Ägypter erschufen Pyramiden und ließen sich Sarkophage anfertigen, um nach ihrem Ableben den Schein der Unsterblichkeit zu erreichen. Im Mittelalter war es wichtig, durch erhalten bzw. erkaufen der Absolution vorzusorgen, um die Unsterblichkeit nach dem Tod im Paradies verbringen zu können. Heutzutage errichten wir Hospize, um dem medizinischen Versuch, Menschen unsterblich zu machen, entgegenzuwirken bzw. das Sterben selbstbestimmter und gerechter zu gestalten. Jan Assman beschreibt die Gerechtigkeit in seiner Forschung über ägyptische Todesbilder und Todesriten, als „ein todüberwindendes, Leben spendendes und Bestand verleihendes Prinzip. Gerechtigkeit ist das Prinzip der Bindung, durch die der Mensch zum Mitmenschen und die Mitmenschen zur Gemeinschaft verbunden werden. Diese Bindung ist es, die Leben

spendet“ (2000: S. 49). Das Hospiz scheint für die Sterbenden der heutigen Gesellschaft solch ein gemeinschafts- und lebensstiftender Ort zu sein. Vielleicht stellt in Zukunft der Hospizgedanke ein Paradigma für den Umgang mit dem Sterben in unserer Gesellschaft dar.

Heutzutage kann nur ein geringer Teil aller Sterbenden in einem Hospiz gepflegt werden. Sollten in Zukunft zunehmend mehr Menschen in Hospizen Sterben, so hält vielleicht auch die Komik Einzug in den öffentlich-gesellschaftlichen Umgang mit dem Sterben, und dass dies auch tragisch sein wird, ist natürlich klar.

## Literaturverzeichnis

- ARIÉS, PHILIPPE (2009): *Geschichte des Todes* (1982). 12. Auflage, München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.
- MACHO, THOMAS (2000): *Tod und Trauer im kulturwissenschaftlichen Vergleich*. In Jan Assmann: *Der Tod als Thema der Kulturtheorie. Todesbilder und Totenriten im Alten Ägypten*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 89-120.
- BACHTIN, MICHAÏL (1995): *Rabelais und die Geschichte des Lachens*. In: ders., *Rabelais und seine Welt. Volkskultur als Gegenkultur*. Aus dem Russischen von Gabriele Leupold, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 111-186.
- BAECKER, DIRK (2007): *Zur Krankenbehandlung ins Krankenhaus*. In Dirk Baecker: *Wozu Gesellschaft?* Berlin: Kulturverlag Kadmos, S.237-266.
- BAUDRILLARD, JEAN/ BERGLETH, GERD (2005): *Der symbolische Tausch und der Tod*. Berlin: Matthes & Seitz.
- ELIAS, NOBERT (2002): *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- FARNON, CHRISTA (1996): *A personal exploration of the german hospice system*. In *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, July/August 1996, Journal 13 (4), p. 32-37.
- FELDMANN, KLAUS (1997): *Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse*. Opladen: Leske und Budrich.
- FELDMANN, KLAUS (2010): *Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien GmbH.
- FREUD, SIGMUND (2009): *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten/ Der Humor*. Frankfurt a. M.: S. Fischer Verlag GmbH.
- GOFFMAN, ERVING (1970): *Strategic interaction* (1969). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- GOFFMAN, ERVING (1982): *Interaction ritual: Essays on face- to face behavior* (1967). Garden City, New York: Doubleday, Anchor Books.
- GOFFMAN, ERVING (1986a): *Frame analysis: An essay on the organization of experience* (1974). New York: Harper & Row.
- GOFFMAN, ERVING (1986b): *Stigma: Notes on the management of spoiled identity* (1963). New York: Touchstone Books, Simon and Schuster.

- GOFFMAN, ERVING (1990): *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates* (1961). Garden City, New York: Doubleday, Anchor Books.
- GOFFMAN, ERVING (1990): *The presentation of self in everyday life* (1959). Garden City, New York: Doubleday, Anchor Books.
- GOFFMAN, ERVING (2002): *The neglected situation* (1964). In Lemert, C./ Branaman A. (Hrg.): *The Goffman Reader*. Malden: Blackwell, S. 229-232.
- GOFFMAN, ERVING (2004): *Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- GÖCKENJAN, GERD/ DERBKE, STEFAN (2005): *Sterben in der Palliativversorgung. Bedeutung und Chancen finaler Aushandlung*. In: Knoblauch H./ Zingerle, A. (Hg.) (2005): *Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*. Berlin: Duncker & Humblot, S. 147-168.
- GRONEMEYER, REIMER (2007): *Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können*. Frankfurt a. M.: S. Fischer Verlag GmbH.
- HCPV STUDIE (2008): *Hospizliche Begleitung und Palliativ-Care-Versorgung in Deutschland 2007* (Stand: 26.2.2008). In: Sonder Hospiz Info Brief, Deutsche Hospiz Stiftung. Patientenschutz für Schwerstkranke und Sterbende, Februar 2008, Heft 1, S. 1-22.
- HEMPEL, ULRIKE (2009): *Sterben und Tod in den Medien. Film über das Sterben sind Filme über das gelungene Leben*. In: Deutsches Ärzteblatt, 6. Februar 2009, Heft Nr.6, S. 244-246.
- KNOBLAUCH, HUBERT/ ZINGERLE, ARNOLD (Hg.) (2005): *Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*. Berlin: Duncker & Humblot.
- LUHMANN, NIKLAS (2004): *Die Realität der Massenmedien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- MARQUARD, ODO (1976): *Exile der Heiterkeit*. In: Preisendanz, W./ Warning, R. (Hg.) (1976): *Das Komische, Poetik und Hermeneutik Band 7*. München: Willhelm Funk Verlag, S.133-152.
- MEIER, CHRISTOPH/ BORASIO, GIAN DOMENICO/ KLUTZER, KLAUS (Hrsg.) (2005): *Patientenverfügung: Ausdruck der Selbstbestimmung - Auftrag zur Fürsorge*. Verlag Stuttgart.
- NIETZSCHE, FRIEDRICH (1999): *Menschliches, Allzumenschliches*. Erster Band, in Giorgio Colli und Mazzino Montinari (Hg.): *Menschliches, Allzumenschliches I und II*. Berlin: de Gruyter.

- PFALLER, ROBERT (Hg.) (2005): *Schluss mit der Komödie! Stop That Comedy! Zur schleichenden Vorherrschaft des Tragischen in unserer Kultur. On the Subtle Hegemony of the Tragic in Our Culture*. Wien: Verlagsgesellschaft m.b.H.
- PFEFFER, CHRISTINE (2005): „Ich habe gar nicht gemerkt, wie ich da reingezogen wurde“: Zur Dynamik von Individualisierung Nähe in der Pflegearbeit stationärer Hospize. In: Knoblauch H./ Zingerle, A. (Hg.) (2005): *Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*. Berlin: Duncker & Humblot, S. 103-124.
- REST, FRANCO (1995): *Leben und Sterben in Begleitung. Vier Hospize in Nordrhein-Westfalen – Konzepte und Praxis – Gutachten im Anschluss an eine wissenschaftliche Begleitung*. Münster: LIT Verlag.
- SIMMEL, GEORG (1910): *Zur Metaphysik des Todes*. In: Gesamtausgabe, Band 12, 2001. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 81-96.
- STRECKEISEN, URSULA (2005): *Das Lebensende in der Universitätsklinik. Sterbendenbetreuung in der Inneren Medizin zwischen Tradition und Aufbruch*. In: Knoblauch H./ Zingerle, A. (Hg.) (2005): *Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*. Berlin: Duncker & Humblot, S. 125-146.
- WINKEL, HEIDEMARIE (2005): *Selbstbestimmt Sterben. Patient(inn)en-orientierung und ganzheitliche Schmerztherapie als Kommunikations-kordinaten in der Hospizarbeit – Eine systemtheoretische Perspektive*. In: Knoblauch H./ Zingerle, A. (Hg.) (2005): *Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*. Berlin: Duncker & Humblot, S. 169-188.

## Internetquellen

- 3SAT.DE (2010): *Leben und Sterben lassen. Ein Plädoyer für eine neue Sterbekultur*. Abgerufen am 7. November 2010 von <http://www.3sat.de/mediathek/mediathek.php?obj=18334&mode=play>
- BR-ONLINE.DE (2010): *Gedenken an Allerheiligen. Katholiken in aller Welt feierten am Montag Allerheiligen*. Abgerufen am 7. November 2010 von <http://www.br-online.de/bayerisches-fernsehen/rundschau/allerheiligen-feiertag-katholisch-ID1288536297687.xml>
- STUTTGARTER-ZEITUNG.DE (2010): *Ein Film über den Tod hinaus*. Abgerufen am 23. Oktober 2010 von [http://www.stuttgarter-zeitung.de/stz/page/2681927\\_0\\_9223\\_-ein-film-ueber-den-tod-hinaus.html](http://www.stuttgarter-zeitung.de/stz/page/2681927_0_9223_-ein-film-ueber-den-tod-hinaus.html)
- TAGESSCHAU.DE (2010): *Altenpflege: Verband warnt vor Pflegenotstand*. Abgerufen am 5. November 2010 von [http://www.tagesschau.de/multimedia/video/ondemand100\\_id-video800002.html](http://www.tagesschau.de/multimedia/video/ondemand100_id-video800002.html)

ZDF.DE (2010): *Sterbehilfe – ja oder nein?* Talksendung Markus Lanz vom 9. November. Abgerufen am 10. November 2010 von <http://www.zdf.de/ZDFmediathek/beitrag/video/1185602/Sterbehilfe---ja-oder-nein%3F#/beitrag/video/1185602/Sterbehilfe---ja-oder-nein%3F>

## Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel „Sterben lernen – Eine Dramaturgie des Sterbens im Hospiz“ selbständig angefertigt habe.

Die Übernahme wörtlicher Zitate und Gedanken aus Literatur und selbstangefertigten Berichten und Videos habe ich an den entsprechenden Stellen der Arbeit kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Friedrichshafen, den 5. Dezember 2010

Lukas Palm