



Falko Müller

Kritikhorizonte der Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung des Sterbens

Blickt man in den Diskurs um das Sterben in der „modernen“ Gesellschaft finden sich in Beiträgen der letzten zanzig Jahre zwei konträre Begriffe, mit denen jeweils die Entwicklungen im gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod beschrieben werden. Konstatiert werden sowohl die Deinstitutionalisierung als auch die Institutionalisierung des Sterbens. Die Rede von einer „Deinstitutionalisierung“ stellt die Frage nach dem Sterbeort in den Mittelpunkt, während die Deutung „Institutionalisierung“ vor allem die soziale Organisation des Sterbens in den Vordergrund rückt, die sich nicht nur lokal auf bestimmte Einrichtungen begrenzt, sondern einen mehrdimensionalen gesellschaftlichen Prozess umfasst. Der begriffliche Unterschied markiert also unterschiedliche Perspektivierungen auf das Phänomen. Darin enthalten sind jedoch auch unterschiedliche Horizonte der Institutionenkritik.

In beiden Varianten spielen die Geschichte und die Errungenschaften der Hospizbewegung eine maßgebliche Rolle. Das Hospiz als Einrichtung zur Versorgung und Betreuung von Menschen mit nicht heilbaren Krankheiten versteht sich als ein Gegenentwurf zur modernen Klinik. Dem Krankenhausbetrieb, der nach dem kurativen Paradigma von Heilung und Rehabilitation organisiert ist, werden neben „der einseitigen Fokussierung auf die somatische Seite des Sterbens“ (Heller/Pleschberger 2015: 65) auch „Defizite[] in der persönlichen Begleitung“ (ebd.) vorgeworfen. Während die Klinik als Ort erfahren wurde (und wird), an dem, orientiert an den verfügbaren technischen und pharmazeutischen Mitteln, die Möglichkeiten der Medizin ausgeschöpft werden, um Krankheitsverläufe aufzuhalten oder zu verzögern, orientiert sich der „ganzheitliche“ Ansatz des Hospizes dem Selbstverständnis nach primär an den Bedürfnissen der Patient_innen (vgl. Feldmann 2010: 151). Das zeigt sich bereits in der symbolischen Bezeichnung der Patient_innen als „Gäste“. Das Hospiz ist als „ein Produkt der Medizinkritik“ zu

verstehen, wie Stefan Dreßke (2005: 12) schreibt, „das in deutlicher Abgrenzung zum technologisch dirigierten Sterben installiert wurde“ (ebd.).

Bei der Betrachtung der Entwicklungen des gesellschaftlichen Umgangs mit dem Sterben ist nicht nur die Etablierung des Hospizes als alternativem Sterbeort von Interesse, sondern vor allem die Herausbildung einer „hospizlichen Kultur“ und einer damit verbundenen Haltung gegenüber Tod und Sterben. Die Hospizbewegung vertritt einen bewussten Umgang mit dem Sterben als Abkehr von der „atemlosen intensivmedizinischen Lebensverlängerungsideologie“ (Gronemeyer/Heller 2007: 579) und steht ein für die Reintegration des Sterbens in den gesellschaftlichen Alltag, um „Sterbende und ihr soziales Umfeld vor Ausgrenzung und sozialer Isolation zu bewahren“ (Ewers 2011: 563). Statt auf eine Verlängerung oder die Verkürzung des Lebens hinzuwirken, soll die Betreuung und Behandlung Sterbender durch palliative (im Unterschied zur kurativen) Versorgung zu mehr „Lebensqualität und Wohlbefinden“ durch „alltagsnahe Unterstützung“ beitragen (ebd.). Das Hospiz selbst wird jedoch nur als „die zweitbeste Möglichkeit“ (Heller/Heimerl 2007a: 478) in Betracht gezogen. Das „Sterben zu Hause“ gilt als die große Vision der Hospizbewegung“ (ebd.).

Dass zur Realisierung dieser Vision inzwischen weit verbreitet Strukturen geschaffen worden sind, kann der Hospizbewegung als Erfolg zugerechnet werden. In der Bundesrepublik ist es durch gesetzlich verbürgte Leistungsansprüche und den Ausbau der ambulanten Versorgungslandschaft auch schwerstkranken Patient_innen möglich, am Lebensende in der eigenen Wohnumgebung zu verbleiben, um dort medizinisch-pflegerisch (sowie „psychosozial“) betreut zu werden.¹ Diese Entwicklung reflektieren einige Autor_innen als „Deinstitutionalisierung“ des Sterbens, während andere in der damit verbundenen zunehmenden Thematisierung und der gleichzeitigen Ausdifferenzierung spezialisierter Angebote im Sozial- und Gesundheitswesens gerade eine „Institutionalisierung“ des Sterbens sehen.

Die „Deinstitutionalisierung“ des Sterbens

Wenn von der „De-Institutionalisierung“ des Sterbens die Rede ist, ist damit vorausgesetzt, das Sterben sei bereits „institutionalisiert“. Die damit verbundene Vorstellung von „Institutionalisierung“ bezieht sich vor allem auf Institutionen als Orte, das heißt Einrichtungen im Sinne von Anstalten. Die Deutung der oben

1 Vgl. § 37b SGB V (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) sowie das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vom 01.12.2015.

skizzierten Entwicklungen als einen Prozess der „Deinstitutionalisierung“ legt den Fokus somit auf die Orte des Sterbens. Zwei miteinander verbundene Aspekte zeichnen dieses Verständnis von Institutionalisierung (und in der Folge von De-Institutionalisierung) aus. Zum einen das historische Narrativ des verdrängten Todes in der Moderne und zum anderen die Verortung der Hospizbewegung im Umfeld der Bürger_innenrechtsbewegungen bzw. der „neuen sozialen Bewegungen“ der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts.

Die These von der Verdrängung des Todes stützt sich insbesondere auf Teile von Philippe Ariès' (1982) *Geschichte des Todes*. Demnach hat „die Gesellschaft“ im Zuge der Moderne und besonders im Verlauf des 20. Jahrhunderts „den Tod ausgebürgert“ (ebd.: 716), sodass der Umgang mit Tod und Sterben seither den Charakter als „etwas Soziales und Öffentliches“ (ebd.) eingebüßt hat. Gemeint ist damit zweierlei: erstens die Verlagerung des Sterbeortes „aus dem eigenen Heim ins Krankenhaus“ (ebd.: 730) und zweitens – so könnte man in Anlehnung an Norbert Elias (1977) zusammenfassen – eine zunehmende Affektkontrolle und sinkende „Peinlichkeitsschwelle“.² Der Tod gilt aufgrund der sich mit der Verbürgerlichung der Gesellschaft durchsetzenden Reinlichkeitsvorstellungen als unschicklich. Zudem beobachtet Ariès auch eine aufkommende „Unschicklichkeit der Trauer“ (ebd. 740) um die Verstorbenen. In der Weise, wie sich der Tod vom öffentlichen Ereignis zum „Privatakt“ wandelt, komme es zu einer „Verweigerung und Abschaffung der Trauer“ (ebd.: 736): ihre „öffentliche Zurschaustellung gilt als morbide“ (ebd.: 742). Ariès zieht für den Umgang mit der Trauer, die mehr als „Nervenkrise“ wahrgenommen werde, den Vergleich zwischen Tränen und „den Ausscheidungen der Krankheit“ (ebd.).

Der Verlagerung des Sterbeortes ins Krankenhaus geht die Entwicklung voraus, dass im Zuge der Moderne die Lebenserwartung steigt und das Sterben sich ins höhere Alter verlagert (und nicht mehr in hohem Maß über alle Lebensalter verteilt).³ Zugleich büßt der Tod die Plötzlichkeit ein und wird zunehmend zu einer Folge von mehr oder weniger langwierigen Krankheitsverläufen und Sterbeprozessen. Damit rückt die somatische oder physiologische Seite des Sterbens in den Vordergrund. Durch diese Entwicklung wird der Tod „schmutziger“ und zugleich weniger sichtbar. Das Sterben und die zum Tode führende Krankheit

2 Auch wenn dies eine ebenfalls verbreitete wie umstrittene Vorstellung ist, ist hiermit nicht eine „Tabuisierung“ gemeint.

3 Der obigen Hinweis auf die Verbürgerlichung deutet schon an, dass dies nicht alle Gesellschaftsklassen gleichermaßen betrifft. So fällt die Lebenserwartung unter den Industriearbeitern deutlich geringer als unter den Angestellten oder der Bourgeoisie.

erregen Ekel. Weil ihre Erscheinungsformen nicht mit den bürgerlichen Reinlichkeitsgeboten vereinbar sind, werden sie „ausgebürgert“, der Tod selbst wird „unschicklich“ (ebd.: 728). Ariès bringt diesen Zusammenhang folgendermaßen auf den Punkt: „Die physiologischen Begleiterscheinungen des menschlichen Lebens sind aus der Alltagswelt ausgebürgert und in die aseptische Welt der Hygiene, der Medizin und der Sittlichkeit verwiesen. Und diese Welt hat ein exemplarisches Modell: das Krankenhaus mit seiner Zelldisziplin“ (ebd.: 730). Weil auch die Medikalisation des Sterbens immer aufwändiger wird, ist für Ariès der Tod im Krankenhaus „sowohl eine Konsequenz des Fortschritts der ärztlichen Techniken der Leidenslinderung als auch der materiellen Unmöglichkeit, sie unter den heute üblichen Bedingungen zu Hause anzuwenden“ (ebd.: 748).

Die Institutionalisierung des Sterbens ist nach Ariès' Geschichte des Todes zugleich Bedingung und Folge der „Verdrängung“ des Todes aus der Öffentlichkeit. Die Motive dieser Geschichte finden sich auch in aktuelleren empirischen Untersuchungen wieder. Ekel und Körperausscheidungen werden in ethnografischen Beschreibungen der Hospiz- und Palliativarbeiten ebenso thematisiert (Dreßke 2005; Göckenjan/Dreßke 2005), wie Erhebungen zu Sterbeorten die These der „Verlagerung“ statistisch untermauern. Neben dem Krankenhaus werden stationäre Einrichtungen wie Pflegeheime als Orte des „institutionalisierten Sterbens“ geführt. Je nach Quelle versterben im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts im europäischen Vergleich zwischen einem und zwei Dritteln der Bevölkerung im Krankenhaus (Dasch et al. 2015, Dreßke 2008, Thönnies/Jakoby 2011). Im Pflegeheim versterben den Studien zufolge etwa weitere 20 Prozent (ebd.).

In diesem Zusammenhang steht „Deinstitutionalisierung“ für die Umkehr dieser Entwicklungen. Dabei geht es jedoch nicht allein um die Rückverlagerung des Sterbens in die Familie oder ins „Zuhause“ der Betroffenen, sondern auch um eine Humanisierung des Sterbens. Wie schon bei Ariès steht die Erzählung des „institutionalisierten Todes“ auch in aktuelleren Versionen dem „Gruselmärchen“, in Institutionen zu sterben sei „das Schlimmste, was uns passieren kann“ (Streckeisen 2008: 191), sehr nah, und zwar aufgrund der gemeinsamen Motive der Technisierung (Apparate und Schläuche), Medikalisation (Ruhigstellen) und Entpersönlichung (Isolation, Patient_innen als Fälle und Objekte des Handelns). Das Sterben „zu Hause“ wird in der Betonung des „Eigenen“ (Wünsche und Bedürfnisse, die vertraute Umgebung, die Anwesenheit von Angehörigen) zu ihrem positiven Gegenhorizont. Das gilt analog für das Hospiz, das zwar eine stationäre Einrichtung darstellt, das sich jedoch durch „Nähe“ des Personals zu den Gästen und eine „familiäre Atmosphäre“ auszeichnet (vgl. Deutscher Bundestag 2005; Pfeffer 2005).

Die Rede von der „Deinstitutionalisierung“ des Sterbens ist auch als eine Chiffre für die „Absage an die totale Institution“ (Heller/Heimerl 2007: 483) zu lesen. Neben der Tatsache, dass der Begriff den positiven Gegenhorizont zum „institutionellen Sterben“ umschreibt, ruft er auch den Kontext der Anstalts- und Expert_innenkritik auf, wie die Referenz auf Goffmans (1973) Konzept der totalen Institution im Zitat von Andreas Heller und Katharina Heimerl verdeutlicht. Der Begriff der „Deinstitutionalisierung“ ist insbesondere im Umfeld der Anti-Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychiatriereform geläufig sowie auch im Kontext der „Behindertenhilfe“. Er steht für die Bestrebungen, die anstaltsförmigen „Heilanstalten“ und Wohnheime (Asyle) aufzulösen⁴ und stattdessen „gemeindenaher“ Versorgungs- und Wohnformen aufzubauen. Analoge Begriffe sind Enthospitalisierung oder „Decarceration“. Mit diesem Begriff hat Andrew T. Scull (1980) die Öffnung derjenigen Anstalten beschrieben, deren Funktion darin bestand (und besteht), die gesellschaftliche Ordnung und ihre Eigentumsverhältnisse vor als abweichend und schädlich etikettierten Randgruppen zu verteidigen. Entsprechend zielt die progressive Decarcerationspolitik auf die Befreiung der „Irren“, „Verwahrlosten“ und „Kriminellen“ aus den geschlossenen Heil-, Fürsorge- und Haftanstalten.⁵ Von der „Befreiung Sterbender“ ist allerdings nicht einmal in den euphorischsten Erfolgsgeschichten⁶ der Hospizbewegung zu lesen. Der Unterschied wird schon daran deutlich, dass für Sterbende keine pejorativen Etiketten⁷ gebräuchlich sind, mit denen die Zuschreibung von Gefährlichkeit einhergeht, aufgrund derer ihre Aussonderung in Anstalten legitimiert wird.⁸

4 Auch die Auflösung der Fürsorgeanstalten der „Jugendwohlfahrt“ im Nachgang der Heimkampagnen wird mitunter als Deinstitutionalisierung bezeichnet.

5 Riedmüller bringt den materialistischen Kern der Decarceration wie folgt auf den Punkt: „Die italienische Psychiatrie feiert es als Errungenschaft, dass der psychiatrische Insasse durch die Reform der Gesundheitsdienste zum Sozialhilfeempfänger geworden ist. Ist dieser veränderte Status vom Ausgestoßenen zum Empfänger sozialer Leistungen ein Fortschritt? Die italienischen Reformpsychiater antworten mit ja und argumentieren wie folgt: Durch die Auflösung der Klinik geben wir der Gesellschaft ein soziales Problem, das sie psychiatrisiert hatte, als das zurück, was es war, als Armut“ (Riedmüller 1989: 69).

6 Heller/Pleschberger (2012: 17) bezeichnen die Hospizbewegung beispielsweise als „weltweit erfolgreichste Bürgerrechtsbewegung für ein menschenwürdiges Sterben.“

7 Timm Kunstreich und Michael Lindenberg (2012) sprechen im Anschluss an Colin Sumner von sozialen Zensuren.

8 Allerdings war bis ins 18. Jahrhundert die Aussonderung von „Siechen“ in Hospitäler bzw. Anstalten verbreitet.

Dennoch wird die Hospizbewegung mit der Rede von einer Deinstitutionalisierung explizit in die Reihe mit anti-institutionellen Kämpfen im Umfeld von Bürger_innenrechts- und Protestbewegungen gestellt (vgl. auch Ewers 2011).

Die Einschätzung der Hospizbewegung als emanzipatorische Bürgerrechtsbewegungen mag etwas übertrieben erscheinen. Das Hospiz stellt keine Anti- oder Gegeninstitution dar. Dreßke (2005, S. 12) weist vielmehr auf organisationsstrukturelle Ähnlichkeiten zum Krankenhaus hin, Unterschiede bestünden hauptsächlich in der „ideologischen“ bzw. moralischen Rechtfertigung (ebd.: 13) und auch Klaus Feldmann (2010) beschreibt Hospizgruppen in ihrem Auftreten „wie ganz normale Organisationen“ (ebd.: 153). Die „moderne“ Hospizbewegung, mit ihren prominenten Protagonist_innen Cicely Saunders, Elisabeth Kübler-Ross und Balfour Mount wird aber nicht zuletzt deshalb mit Emanzipations- und Bürger_innenrechtsbewegungen (z.B. Heller/Pleschberger 2015: 61) verglichen, weil ihre Entstehungsphase in die Zeit des Protests, der Institutionen- und Expertenkritik und eben auch der Revolten und Kämpfe für mehr Demokratie und Rechte marginalisierter und unterdrückter Bevölkerungsgruppen in den späten 1960er und frühen 1970er Jahren fällt. Aber auch aus inhaltlichen Gründen ist es nicht ganz unberechtigt, die Entwicklung der Hospizbewegung und Etablierung von Palliative Care in den Zusammenhang der Anstaltskritik zu stellen, berufen sich die angesprochenen Deinstitutionalisierungsbewegungen doch auf ähnliche Werte, wie Wilfried Rudloff zusammenfassend verdeutlicht: Deinstitutionalisierung sei mit dem Ziel verbunden, „den Individuen ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung und individueller Lebensgestaltung zurückzugeben. Bezeichnet der Begriff Institutionalisierung die Unterordnung der individuellen Bedürfnisse unter die Imperative der Institution, ist mit Deinstitutionalisierung die Forderung verbunden, die Einrichtung den Bedürfnissen der Menschen anzupassen. Geht Institutionalisierung im Regelfall mit Absonderung und Exklusion einher, zielt Deinstitutionalisierung auf soziale Integration und Normalisierung der Lebensumstände.“ (Rudloff 2010: 170)

Ein weiterer Übereinstimmungspunkt der Hospizbewegung mit Deinstitutionalisierungsbewegungen in anderen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens findet sich in der Begrenzung von Expert_innenmacht. Die Hospizbewegung entwirft mit ihrem ganzheitlichen und bedürfnisorientierten Ansatz ein Patient_innen-Subjekt, das einen Willen besitzt und Individualität artikuliert. Dieses Subjekt setzt sie dem/der Patient_in der Kurativmedizin entgegen, der/die hier vor allem als passives Objekt vorkommt, das dem Handeln und Entscheiden der professionellen Expert_innen unterworfen ist, das sich nach dem medizinisch Möglichen und fachlich Erforderlichen ausrichtet. Die Figur der Patient_in ist hier primär

als Symptomträger_in und Objekt der Be-Handlungen konzipiert. Individualität erscheint in diesem Kontext allenfalls in der Gestalt des unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten „interessanten Kasus“. Indem mit der hospizlichen Sorge eine Versorgungskultur entwickelt wird, die die Person und ihre Individualität in den Mittelpunkt des professionellen Handelns stellt, versteht sie sich als praktische Expert_innen- und Anstaltskritik. Darin ähnelt das Hospiz der Sozialen Arbeit und der Sozialpsychiatrie, die sich im Anschluss an ihre je eigene Geschichte der Anstalts- und Expertenkritik ebenfalls personenzentrierten Ansätzen zugewendet und dezentrale bzw. ambulante Strukturen geschaffen haben.

Aber gerade hierin bleibt die Entwicklung ambivalent. Die gesellschaftliche Marginalisierung von Menschen, die als psychisch krank oder behindert gelten, ist durch die veränderten Strukturen und Ansätze nicht aufgehoben, sondern hat ihre Form verändert. Barbara Riedmüller (1989) hat die mit den Umstrukturierungsprozessen der Versorgungslandschaft verbundenen Widersprüche in einer frühen Analyse unter der Überschrift „das ambulante Ghetto“ zusammengefasst. Ebenso schwer wie sich die Integration einer „gemeindenahen“ Versorgung ins System der Rehabilitation in seiner erwerbszentrierten Ausrichtung als Emanzipation deuten lässt, ist die enge Verknüpfung zwischen Hospiz, Palliative Care und Medizinsystem als eine Umkehr aus der medikationszentrierten Behandlung Sterbender zu interpretieren. Gerade der medizintechnische und pharmakologische Fortschritt sorgt dafür, dass die Versorgung und Betreuung Sterbender „unter den heute üblichen Bedingungen zu Hause“ eben nicht mehr als „materielle[] Unmöglichkeit“ betrachtet wird, wie sie Ariès (1982: 748) noch gegeben schien. Dementsprechend wird die erfolgreiche Integration von Hospizen als spezialisierte Einrichtungen wie auch von Palliative Care als einem spezialisierten Behandlungsansatz ins Gesundheitswesen auch kritisch als Ausdruck einer fortschreitenden „Organisation des Sterbens durch Expert_innen“ betrachtet. In diesem Sinne warfen Reimer Gronemeyer und Andreas Heller (2007) schon vor über zehn Jahren die Frage auf, ob „die Hospizbewegung an ihrem eigenen Erfolg“ stürbe, womit sie auf ihre Weise die zunehmende Unterordnung der hospizlichen Vision einer „sozialen Einbettung der Sterbenden“ (ebd.: 577) unter die medizinische Lesart von Bedürfnisorientierung als „Symptom- und Schmerzkontrolle“ (ebd.: 582) kritisieren. Insofern handelt es sich bei der Interpretation, die Erfolge der Hospizbewegung (und anderer sozialer Bewegungen im Umfeld des Gesundheits- und Sozialwesens) hätten zu einem „Paradigmenwechsel“ (Colla 2011: 1681) in den Handlungsorientierungen geführt, um eine Vereinseitigung, die das Selbstverständnis der professionellen Akteur_innen übernimmt, die strukturellen Ambivalenzen jedoch ausblendet.

Die („neue“) Institutionalisierung des Sterbens

Ein deutlich anders akzentuierter Begriff von „Institution“ liegt den Deutungen zugrunde, die die jüngeren Entwicklungen auf dem Gebiet der Hospiz- und Palliativversorgung als Institutionalisierung bzw. als „neue“ Institutionalisierung des Sterbens deuten. Maßgeblich ist hier ein sozialtheoretischer Begriff, der „Institution“ als verstetigte Erwartungsmuster fasst, die sich in formellen wie informellen Regeln, habitualisierten Routinen, Strukturen und Organisationen manifestieren. Aus dieser an die Wissenssoziologie von Berger und Luckmann (2004) anschließenden Perspektive wird in Bezug auf die „Institutionalisierung“ des Sterbens argumentiert, sie umfasse nicht nur „zielgerichtete Organisationen, die Tod managen“, es gehe darüber hinaus „um einen sinnhaft erfüllten gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod“ (Knoblauch/Zingerle 2005:25).

Dieser „sinnhaft erfüllte Umgang“ lässt sich in mehreren Dimensionen beschreiben. Angesprochen ist etwa die Herausbildung und Transformation spezifischer, zweckgebundener Organisationen, inklusive der sich wandelnden Begründungs- und Legitimationsmuster (vgl. ebd.: 23). Ein Beispiel hierfür ist die Implementierung neuer oder zusätzlicher normativer Orientierungen, nach denen bestehende Organisationen sich neu ausrichten. Vor dem Hintergrund der in der *Geschichte des Todes* beschriebenen Entwicklungen, die sich auch im sozialtheoretischen Paradigma als Institutionalisierung deuten lassen, erscheinen die Entstehung und Etablierung des Hospizes als Einrichtung der Sterbebegleitung und der Wandel im stationären und ambulanten Sektor des Gesundheitswesens durch die Integration von Palliative Care als „neue“ Institutionalisierung. Durch die Implementierung von Palliative Care-Konzepten in Alten- und Pflegeheime oder die Einrichtung von Palliativstationen als zusätzliche Abteilungen in Krankenhäusern existieren die unterschiedlichen Orientierungen von Kuration und Palliation in den Einrichtungen nun gleichzeitig. Als Teil der „neuen“ Institutionalisierung wird auch die Entstehung neuer Handlungsmuster aufgrund der zusätzlichen Orientierung und Rollenerwartungen innerhalb dieser Organisationen beschrieben. Die Ausrichtung auf Palliation lässt „neue Formate professioneller Handlungsansichtungen und Deutungen“ (Paul et al. 2017: 233) entstehen, denn die Akzeptanz des Sterbens als zu erwartende Möglichkeit im Verlauf der Behandlung, eröffnet andere Perspektiven für die alltäglichen Abläufe und Routinen der Organisation: „Es muss kein Subjekt mehr bearbeitet und keine Lösung im Sinne einer Integration, Arbeitsfähigkeit oder Gesundheit hergestellt werden“ (ebd.: 235). Stattdessen können sich „neue Formen der Kommunikation“ herausbilden „und individuelle sowie biographische Anliegen rücken in den Fokus der Aufmerksamkeit“ (ebd.: 233). Damit korrespondiert eine „strukturelle Nähe“ (Pfeffer 2005) zwischen Personal

und „Gästen“ im Hospiz, in welcher sich „Individualisierung als Praxis“ (ebd.) realisiert, konzeptionell gerahmt als „Identitäts-“ und „Biografiearbeit“. Neben Handlungsmustern werden auch veränderte Rollenerwartungen in Organisationen dem Prozess der neuen Institutionalisierung zugerechnet, so lässt sich am Beispiel der Palliativstation die Herausbildung einer „Sterberolle“ in Anlehnung an das Parsonssche Konzept der Krankenrolle zeigen (Göckenjan/Dreßke 2005). Darüber hinausgehend belegen verschiedene biografietheoretisch angelegte empirische Studien, dass die institutionellen Programmatiken, vermittelt über Organisationen und die Interaktionen mit Professionellen, auf die biografischen Selbstentwürfe und Subjektkonstruktionen der Nutzer_innen zurückwirken (Hanses 2018). Institutionalisierungen schlagen sich also nicht nur in Zuschreibungen bestimmter funktionaler Rollen an Individuen nieder, sondern manifestieren sich auch in der subjektiven Perspektive auf die Bedeutung der eigenen Biografie.

Mit „Institutionalisierung“ des Sterbens wird aber auch das über die organisationalen Kontexte hinausreichende Diffundieren spezifischer Wissensbestände der hospizlichen und palliativen Praxis, insbesondere ihrer normativen „Leitvorstellungen von einem guten Sterben“ (vgl. Streeck 2016), beschrieben. Damit ist nicht nur die Implementierung entsprechend ausgerichteter „Skripts“ in anderen organisationalen Kontexten gemeint, wie soeben beschrieben, sondern auch die Verbreitung der „Sterbeideale“ in der Alltagswelt, beispielweise über Medien. Die (moderne) Hospizidee entwirft ihr „Sterbeideal“ in Abgrenzung zum kurativen Paradigma auf der einen und zur „aktiven Sterbehilfe“ auf der anderen Seite. Es beinhaltet sowohl die Vorstellung frei von Schmerzen als auch „nicht allein“ zu sterben. Das „gute Sterben“ ist demnach insbesondere ein begleitetes Sterben. Darin wird es zu einer bewusst gestalteten „letzten Lebensphase“ des Abschiednehmens „in Würde“, in der die „Wünsche und Bedürfnisse“ der Sterbenden „im Mittelpunkt“ stehen.

Aus soziologischer Sicht gilt diese Leitvorstellung des „guten Sterbens“ auch als Ausdruck einer Individualisierung (Knoblauch/Zingerle 2005) oder Subjektivierung (Hayek 2006) des Sterbens. Das Hospiz als Einrichtung erfülle dabei eine „Repräsentationsfunktion“ dieser Idee, es ist der Ort, „an dem Realabläufe des guten Sterbens authentisch demonstriert werden“ können (Dreßke 2005: 13). Diese Analyse der „Repräsentationsfunktion“ lässt sich auf die ambulante Palliativversorgung übertragen, in der die Vorstellung „zu Hause zu sterben“ mit der Idee des „guten Sterbens“ assoziiert wird (Müller 2017). Die „Individualisierung“ oder die „Subjektivierung“ des Sterbens verweisen jedoch nicht nur auf die Ansprüche einer „bedürfnis-“ oder „subjektorientierten“ Versorgung. Mit dem Leitbild des guten Sterbens verbindet sich zum einen die Vorstellung, „jedem seinen eigenen Tod“ (Streeck 2020) zu ermöglichen (im Unterschied zum anonymen und entin-

dividualisierten Tod in einer Anstalt). Zum anderen ist zu beobachten, dass sich um diese Leitvorstellung herum zahlreiche institutionelle Praktiken gruppieren, die beispielsweise auf die Erfassung und Messung von Wohlbefinden und Lebensqualität am Lebensende ausgerichtet sind, gar eine „Quality of Dying“-Skala findet sich als Instrument (Heckel et al. 2016). Hierin zeigt sich die von Foucault (1995) für „die Disziplinen“ beschriebene Spannung zwischen Individualisierung und standardisierter Messung, in der sich „das Anliegen, jedem ein individuelles Sterben zu ermöglichen, [...] in ausgeprägte Normierungen des Sterbeprozesses“ verkehrt (Streeck 2017: 42). Zudem kann der intensiviertere Diskurs über Patient_innenverfügungen, in dem nach wie vor „Gruselmärchen“ aus der kalten Welt der Apparatemedizin eine zentrale Rolle spielen, als eine Institutionalisierungsform der individualisierten Verantwortung für das eigene „Sterben in Würde“ gedeutet werden und als ein Beispiel dafür gelten, wie das „gelungene Sterben zum Gegenstand einer vorausseilenden Selbst-Sorge“ (Knoblauch/Zingerle 2005: 15) wird. Vor diesem Hintergrund ist die Interpretation nicht ganz unerschöpfend, dass die Individualisierung und die Normierung eines „guten Sterbens“ als Zielperspektive die letzte Lebensphase und den „eigenen“ Tod zu so etwas wie einem selbstverantworteten „letzten Lebensprojekt“ (vgl. Schneider 2014: 67) werden lassen. Im Prozess der Ausdifferenzierung der Angebote und Ansätze sowie den damit verbundenen Normierungen wird Sterben demnach zu einer Lebensphase mit eigenen Gestaltungsmöglichkeiten und -imperativen, die durch die institutionellen Praktiken, aber auch durch die Institutionalisierung von Rechten in Form kodifizierter Ansprüche flankiert sind. Sterben lässt sich somit als Teil eines „institutionalisierten Lebenslaufes“ beschreiben (vgl. Streckeisen 2001). Hubert Knoblauch und Arno Zingerle spezifizieren diese These weiter und sprechen im Anschluss an Ursula Streckeisen von der gesellschaftlichen Verankerung einer neuen generationalen Lebensphase, die sich, im Unterschied zum „aktiven Alter“, durch „Abhängigkeit“ auszeichne (vgl. Knoblauch/Zingerle 2005: 16 und ebd.: 25).

Mit dem Begriff des „institutionalisierten Lebenslaufes“ hat Martin Kohli die auf Alter und Lebensphasen bezogenen gesellschaftlichen Erwartungsmuster beschrieben, die durch eine entsprechende (wohlfahrts-)staatliche Politik gefördert und vor allem in der gesellschaftlichen Ordnung verankert werden. Die triste Reihe „birth, school, work, death“ (und irgendwo dazwischen Eheschließung und Kinderkriegen) repräsentiert das Erwartungsmuster der industrialisierten, fordistischen Arbeitsgesellschaft an den „Normallebenslauf“ (Kohli 1985: 2), der durch rechtliche Kodifizierungen (etwa der „Ehe“) und staatliche Leistungen und soziale Rechte (etwa „Bildung“ und „Ausbildung“, Sozialversicherung), institutionell abgesichert ist. Nach Kohli ist der institutionalisierte Lebenslauf das Produkt verschiedener

historischer Prozesse. Als Voraussetzung nennt er zunächst wiederum die Tatsache, dass sich die „Sterblichkeit in den höheren Altersjahren konzentriert“ sowie eine „Abnahme der Varianz“ in Bezug auf die Lebensdauer (Kohli 1985: 5), die überhaupt so etwas wie eine Vorhersehbarkeit des Lebensverlaufes ermöglicht. Daneben hängt die Institutionalisierung des Lebenslaufes eng an der Entwicklung der Lohnarbeit, insbesondere an der Trennung von Produktion und Reproduktion, das heißt bei Kohli vor allem die „Externalisierung sachfremder Orientierungen“ (ebd.: 14) aus der Sphäre des rationalisierten (hier muss man hinzufügen: profitorientierten) Wirtschaftens. Aufgrund der Entwicklung der kapitalistischen Produktionsweise wird die Reproduktion der Arbeitskraft zu einer externalisierten, vergesellschafteten Aufgabe. Die Verfügbarkeit von Arbeitskraft muss aber nicht nur alltäglich, sondern auch über die Generationenwechsel hinweg gewährleistet sein. Die Strukturierung des Lebenslaufes in Lebensphasen ist demnach um die Erwerbsarbeit herum gesellschaftlich organisiert (Aus-/Bildung, Erwerbsarbeit, Ruhestand). Neben der „Externalisierung“ bedeutet dies zugleich auch eine gesteigerte Planungssicherheit und eine zumindest teilweise soziale und materiellen Absicherung für die einzelnen Träger von Arbeitskraft (ebd.: 15). Und auch hier ergibt sich ein Spannungsverhältnis zwischen Individualisierung und Standardisierung. Denn die Planungsperspektive eröffnet die Möglichkeit (oder Notwendigkeit) einer „methodischen Lebensführung“ (ebd.) und individuellen Ausgestaltung der einzelnen Lebensphasen und geht einher mit Normierung und Kontrolle.

Kritikhorizonte

Bei der Vergegenwärtigung der gegensätzlichen Deutungen der De-/Institutionalisierung und Neu-Institutionalisierung des Sterbens fällt auf, dass mit beiden Ansätzen spezifische Kritikperspektiven verbunden sind. Die Rede von Deinstitutionalisierung (samt dem zugrundeliegenden Verständnis von Institutionen) impliziert zwei Kritikhorizonte. Erstens beinhaltet sie eine Kritik an der Verdinglichung, Isolierung und Dehumanisierung von Sterbenden im kurativen Medizinbetrieb sowie den Gegenhorizont der gesellschaftlichen Reintegration des Sterbens. Zweitens werden dort, wo Anleihen an das Kritikmodell der „totalen Institution“ gemacht werden, Perspektiven sozialer Ausschließung, Marginalisierung und Unterdrückung aufgerufen. Allerdings sind diese in Bezug auf den Umgang mit dem Sterben und Sterbenden in der Gesellschaft nur eingeschränkt plausibel. Die Kritik an der totalen Institution und die darauf bezogene Forderung der Deinstitutionalisierung richtet sich eben nicht nur auf den spezifischen Ort der Anstalt und ihre innere Organisationsweise, sondern auf das institutionelle Arrangement, in dem der

Prozess sozialer Degradierung, der Übergang vom Staatsbürger zum Patienten mit eingeschränkten Rechten, organisiert ist. Darüber hinaus verband sich zumindest in Teilen der Psychiatriekritik sowie der Heimkritik der Fürsorgeerziehung mit der Institutionenkritik eine materialistische Perspektive, die solche Anstalten und institutionelle Arrangements als Instrumente der Repression und Klassenherrschaft auffasste (vgl. Brosch 1972, Sozialistisches Patientenkollektiv Heidelberg 1972). Die in Ariès *Geschichte des Todes* und ihrer Rezeption angelegte Perspektive der De-Institutionalisierung kann hingegen als modernisierungstheoretisch verfasste Entfremdungskritik gelesen werden. Dieser ist eine deutliche Tendenz der Essentialisierung⁹ eigen, da sie nahe legt, Sterben müsse in die Sozialität der Familie oder dorthin, „wo ich hingehöre“ (Dörner 2009), zurückverlagert werden.

Die Rede von der „neuen Institutionalisierung“ gibt sich im Unterschied zu den starken Kritikperspektiven der De-Institutionalisierung zunächst beobachtend und deskriptiv. Im damit verbundenen sozialtheoretischen, konstruktivistischen Paradigma werden die Institutionalisierungsformen als gesellschaftliche Wandlungsprozesse beobachtet, die als Phänomene der Sinnkonstruktion und der Bildung von Handlungsmustern (Strukturen) auf das Problem der doppelten Kontingenz (Erwartungserwartung) bezogen sind. In dieser „deskriptiven“ Konstruktion stehen Institutionalisierungsformen wie Anstalten theoretisch gleichauf mit der Uhrzeit 20 Uhr 15 als „Institution“ des linearen Fernsehens, an der die Programmplanung der meisten bundesdeutschen Sender kaum vorbeikommt. Zwar können solche sehr unterschiedlichen Phänomene verschiedenen gesellschaftlichen Teilbereichen zugeordnet werden (vgl. z.B. Hasse/Krücken 2008)¹⁰, vor allem was ihre Eingriffspotenziale in die Lebenspraxis anbelangt. Sie stehen aber in der sozialtheoretischen „uninteressierten“ Beobachtung quasi gleichrangig nebeneinander.

Dennoch bergen die Deutungen des gesellschaftlichen, sich ausdifferenzierenden Umgangs mit dem Sterben als „neue Institutionalisierung“ kritische Sichtweisen. So geht mit der Beobachtung der Herausbildung einer neuen institutionalisierten Lebensphase des „abhängigen Alters“ und des gestaltbaren Lebensendes eine implizite Kritik der Normierungstendenzen sowie der damit verknüpften Responsibili-

9 Zu Varianten essentialisierender und anti-essentialistischer Entfremdungskritik vgl. Jaeggi (2005).

10 In diesem Handbuchartikel unterscheiden Raimund Hasse und Georg Krücken (2008: 164) „soziale Strukturen [...] im Sinne etablierter Ungleichheitskategorien“, politische und rechtliche Ordnungen, kulturelle Praktiken (wie Umgangsformen, wissenschaftliche Regeln und subkulturelle Stilbildungen) als Aspekte des „gesamten Ordnungsgefüges einer Gesellschaft“ (ebd.: 163).

sierung der Subjekte dieser Lebensphase einher. Zugrunde liegt hier das Theorem der Individualisierung als Vergesellschaftungsmodus. Es lassen sich aber auch weitere gesellschaftstheoretische Positionen anschließen, die die Wandlungsprozesse in Bezug auf die Institutionalisierung des Lebenslaufs, die Flexibilisierung und partielle Entstandardisierung in kritischer Weise aufgreifen. Durch den materialen Bezugspunkt des institutionalisierten Lebenslaufs in der Erwerbsarbeit liegt der Schluss nahe, dass sich der Wandel der erwerbszentrierten Lebenslaufregimes im Kapitalismus relational zum Wandel des Akkumulations- oder analog des Wohlfahrtsregimes verhält (vgl. Kohli 2003: 531). Die Flexibilisierung der lebenslaufbezogenen Erwartungsmuster kann so im Verhältnis zu den Deregulierungs-, Privatisierungs- und Responsibilisierungstendenzen im Neoliberalismus gesehen werden. Der Ausbau von wohlfahrtsstaatlichen Einrichtungen und Angeboten, die auf die Vereinbarkeit der Anforderungen gesellschaftlich notwendiger Sorgearbeit und Lohnarbeit zielen, kommen der Flexibilisierung der Arbeitskraft entgegen – auch was ihr Geschlecht angeht, bedeuten aber mitunter eine Individualisierung bzw. Privatisierung der Verantwortlichkeiten. So setzt z.B. der Anspruch auf „Familienpflegezeit“ entsprechende materielle Ressourcen voraus, um die damit verbundenen finanziellen Einbußen in Kauf nehmen zu können. Das Modell der ambulanten Palliativversorgung, wie es in Deutschland praktiziert wird, setzt implizit eine Arbeitsteilung zwischen Palliativdienst und dem Haushalt der Patient_innen voraus. Es fußt damit auf der Annahme vorhandener familiärer Strukturen, die im Stande sind, dies zu tragen (vgl. Müller 2019), und lagert für die Versorgung notwendige Arbeit in den privaten und unbezahlten Bereich aus, die auf diese Weise unsichtbar gemacht wird.

Auch wenn die Kritik der Normierung von Gestaltungsimperativen der einzelnen Lebensphasen nicht unbedingt Emanzipation oder Befreiung als Gegenhorizont entwirft, so zeigt sich dennoch als gemeinsamer Nenner der Kritikhorizonte die relative Selbstbestimmung der Betroffenen. Diese ist ihrerseits wiederum als „Institution“ zu begreifen. Gesa Lindemann spricht hier vom „menschlichen Körperindividuum gleich Freiheit und Würde“ (2018:16), welches ihr zufolge „das Zentrum der symbolisch-institutionellen Ordnung der Moderne“ bildet, also eine historisch spezifische Figur darstellt. Institutionenkritik wird von diesem normativen Standpunkt aus artikuliert und ist nicht auf Institutionalisierung selbst gerichtet, sondern in Relation zur Institution des „menschlichen Körperindividuum[s] gleich Freiheit und Würde“ auf ihre Form, auf das Wie der Institutionalisierung. Vom gleichen Standpunkt aus kann sowohl die Anstalt als auch das ambulante Ghetto oder das institutionelle Arrangement des „begleiteten Sterbens zu Hause“ auf Voraussetzungen und Folgen kritisch befragt werden. Die Frage ist dann, in welcher Weise Institutionalisierungsformen eine Gefährdung

für das „menschliche[] Körperindividuum gleich Freiheit und Würde“ darstellen, wer unter welchen Voraussetzungen unter „Sondergewalten“ (ebd.: 382) gestellt wird, die diesen Status suspendieren, und wer gegen diese Sondergewalten aufbegehrt und diesen institutionalisierten Status für sich reklamiert. Lindemann setzt diese Figur nicht absolut, sondern historisch funktional: „In dem Maße, in dem der Erfahrungshorizont leiblicher Selbste als institutionalisierten menschlichen Körperindividuen jeweils von einzelnen Subgruppen (z.B. Familie) oder Handlungs- und Kommunikationszusammenhängen vollständig vereinnahmt zu werden droht, wird die Struktur horizontaler Differenzierung gefährdet“ (ebd.: 334). Die Institutionalisierung von „Freiheit und Würde“ ist nach Lindemann zugleich die Institutionalisierung einer kritischen Beobachtungsperspektive in der modernen Gesellschaft, von der aus sowohl die totalisierende Vereinnahmung der „Körperindividuen“ in totalen Institutionen als auch die totalisierende Vereinnahmung durch eine Reduktion auf die Arbeitskraft oder die vollständige Vereinnahmung von Frauen durch die Familie (vgl. ebd.: 28) kritisiert und der Status als „Individuum gleich an Freiheit und Würde“ reklamiert werden kann.

Der Problematik begegnend, dass der Horizont von Emanzipation für die Situation des Lebensendes nur eingeschränkt plausibel ist, lassen sich die Kritikperspektiven der Institutionalisierung des Sterbens auf der Grundlage materialistischer Care-Theorien weiterführen. Care-Tätigkeiten sind in besonderer Weise auf die Institution des Körperindividuums „gleich an Freiheit und Würde“ als Voraussetzung der horizontalen Vergesellschaftung bezogen. Die Inhalte der Care-Tätigkeiten und Abhängigkeit verweisen auf die existenziellen Bedrohungen dieser Körperindividualität. Mit dem Begriff der Abjektion versucht Beatrice Müller sowohl die Wert-Abspaltung von Care-Arbeit als auch die symbolische Abspaltung als Verwerfung der „notwendigen Beziehung des Subjekts zum Animalischen, zur Materialität und letztendlich zum Tod“ (Müller 2013: 36) theoretisch zu fassen. „Abjekte“ stehen für das „Nicht-Lebbare und Gefährdende“: Die „zu verwerfenden Objekte sind dem präverbal-semiotischen zugeordnet, und können daher nicht repräsentiert werden. Beispiele hierfür sind das Schleimige, Körperflüssigkeiten und körperliche Exkremate oder allgemeiner gesprochen, das Unstrukturierte“ (ebd.). Abjektion markiert die Grenzen des Subjekts wie der Gesellschaft: „Die Verwerfung ist [...] eine Voraussetzung, um eine ‘reine’ und ‘autonome’ Subjektivität und eine ebensolche Gesellschaft zu konstruieren, die befreit ist von der Bedrohung der Unstrukturiertheit. Abhängigkeit, Beziehung, Körperlichkeit, aber auch Sterblichkeit, sind unmittelbar mit der Abjektion assoziiert“ (ebd.: 37).

Die anti-institutionelle Perspektive der Anti-Psychiatrie oder der Heimkampagne eröffnet den Horizont materialistischer Kritik an den gesellschaftlichen

Verhältnissen, die über die institutionellen Arrangements hergestellt und verfestigt werden. Care-theoretisch lassen sich zentrale Aspekte beider Perspektiven, der „neuen Institutionalisierung“ wie der „Deinstitutionalisierung“, in eine Kritik der Institutionalisierung des Sterbens integrieren: die Auslagerung der „Unproduktiven“ und „Abhängigen“, die weder als Arbeitskräfte noch als Konsument_innen der kapitalistischen Verwertung zur Verfügung stehen; die „Subventionierung“ der Mehrwertproduktion durch die Reproduktionsarbeit (Soiland 2017); die Abspaltung und Verdrängung der „relational-affektiven“ Elemente der Sorgearbeit in den unbezahlten Bereich (oder in spezialisierte Sonderinstitutionen wie das Hospiz) zugunsten des rationalisierbaren medizinisch-technisch (und pharmazeutischen) Elements, das sich berechnen und in Wert setzen lässt (Müller 2014: 42f.); und die damit verbundene Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern und Produktionssphären, die Abjektion der unstrukturierten und bedrohlichen Körperlichkeit (ebd.:37), die der Umgang mit kranken und sterbenden Körpern bedeutet – als Bedrohung der bürgerlichen Hygiene- und Reinlichkeitsvorstellungen. Mit diesen Anschlussperspektiven wird deutlich, dass es nicht um eine generelle Kritik der Institutionalisierung gehen kann, sondern dass Institutionenkritik als Kritik der spezifischen Institutionalisierungsformen in Relation zu den gesellschaftlichen Verhältnissen, die in ihnen hergestellt, rekonfiguriert oder reproduziert werden, fruchtbar wird. Welche Gegenhorizonte dabei entworfen werden, hängt maßgeblich vom gesellschaftstheoretischen Standpunkt ab, von dem aus die Kritik formuliert wird.

Literatur

- Ariès, Philippe 1982: Geschichte des Todes. München
- Berger, Peter L./Luckmann, Thomas 2004: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt a.M.
- 1972: Fürsorgeerziehung, Heimterror und Gegenwehr. Frankfurt a.M.
- Colla, Herbert E.: Tod und Hospizarbeit In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. München und Basel, S. 1677-1685
- Dasch, Burkhard/Blum, Klaus/Gude, Philipp/Bausewein, Claudia 2015: Place of Death: Trends Over the Course of a Decade: A Population-Based Study of Death Certificates From the Years 2001 and 2011. In: Deutsches Ärzteblatt international 112, H. 29-30, S. 496-504
- Deutscher Bundestag 2005: Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit. Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin

- Dörner, Klaus 2009: Leben und Sterben, wo ich hingehöre. In: Fix, Elisabeth (Hrsg.): Das Menschenrecht auf gute Pflege. Freiburg i.Br., S. 49-56
- Dreßke, Stefan 2005: Sterben im Hospiz. Der Alltag in einer alternativen Pflegeeinrichtung. Frankfurt a.M.
- 2008: Die Herstellung des „guten Sterbens“. Arbeit an der Identitätssicherung im Hospiz. In: Saake, Irmhild/Vogd, Werner (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin. Wiesbaden, S. 215-235
- Elias, Norbert 1977: Über den Prozess der Zivilisation. Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation. Frankfurt a.M.
- Ewers, Michael 2011: Pflege und Versorgung am Ende des Lebens. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, S. 561-577
- Feldmann, Klaus 2010: Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick. Wiesbaden
- Foucault, Michel 1995: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt a.M.
- Göckenjan, Gerd/Dreßke, Stefan 2005: Sterben in der Palliativversorgung. Bedeutung und Chancen finaler Aushandlung. In: Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold (Hrsg.): Thanatosoziologie. Berlin, S. 147-167
- Goffman, Erving 1973: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M.
- Gronemeyer, Reimer/Heller, Andreas 2007: Stirbt die Hospizbewegung am eigenen Erfolg? Ein Zwischenruf. In: Heller, Andreas/Heimerl, Katharina/Husebø, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Freiburg i.Br., S. 576-586
- Hanses, Andreas 2018: Biographie und Institutionen. In: Lutz, Helma/Schiebel, Martina/Tuider, Elisabeth (Hrsg.): Handbuch Biographieforschung. Wiesbaden, S. 379-389
- Hasse, Raimund/Krückel, Georg 2008: Institution. In: Baur, Nina et al. (Hrsg.): Handbuch Soziologie. Wiesbaden, S. 163-182
- Hayek, Julia von 2006: Hybride Sterberäume in der reflexiven Moderne. Eine ethnographische Studie im ambulanten Hospizdienst. Hamburg, Münster
- Heckel, Maria/Bussmann, Sonja/Stiel, Stephanie/Ostgathe, Christoph/Weber, Martin 2016: Validation of the German Version of the Quality of Dying and Death Questionnaire for Health Professionals. In: The American journal of hospice & palliative care 33, H. 8, S. 760-769
- Heller, Andreas/Heimerl, Katharina 2007: Zu Hause sterben!? In: Heller, Andreas/Heimerl, Katharina/Husebø, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Freiburg i.Br., S. 478-479
- 2007: Zur Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung des Sterbens. Oder: Wollen wir wirklich alle zu Hause sterben? In: Heller, Andreas/Heimerl, Katharina/Husebø, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Freiburg i.Br., S. 480-491
- Heller, Andreas/Pleschberger, Sabine 2012: Zur Geschichte der Hospizbewegung. In: Bernatzky, Günther/Sittl, Reinhard/Likar, Rudolf (Hrsg.): Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin. Wien, New York, S. 17-24

- 2015: Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland. Hintergrundfolie für Forschung in Hospizarbeit und Palliative Care. In: Schnell, Martin W. et al. (Hrsg.): Palliative Care und Hospiz. Wiesbaden, S. 61-74
- Jaeggi, Rahel 2005: Entfremdung. Zur Aktualität eines sozialphilosophischen Problems. Frankfurt a.M., New York
- Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold 2005: Thanatosoziologie: Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. Einleitung. In: Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold (Hrsg.): Thanatosoziologie. Berlin, S. 11-30
- Kohli, Martin 1985: Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 37, H. 1, S. 1-29
- 2003: Der institutionalisierte Lebenslauf: ein Blick zurück und nach vorn. In: Allmendinger, Jutta (Hrsg.): Entstaatlichung und soziale Sicherheit. Opladen, S. 525-545
- Kunstreich, Timm/Lindenberg, Michael 2012: Soziale Arbeit mit Ausgegrenzten – Die Tantalus-Situation. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Wiesbaden, S. 523-539
- Lindemann, Gesa 2018: Strukturnotwendige Kritik. 1. Auflage. Weilerswist
- Müller, Beatrice 2013: Wert-Abjektion als konstituierende und strukturierende Kraft von Care-Arbeit im patriarchalen Kapitalismus. In: Femina Politica 22, H. 1, S. 31-43
- 2014: Wert-Abjektion als grundlegende Herrschaftsform des patriarchalen Kapitalismus – 'Sorge(n)freie' Gesellschaft als Resultat. In: PROKLA 44, H. 174, S. 31-52
- Müller, Falko 2017: Die „häusliche Umgebung“ als Wohnraum und Setting. Konflikte um Raumsouveränität in der ambulant-aufsuchenden Palliativversorgung. In: Meuth, Miriam (Hrsg.): Wohn-Räume und pädagogische Orte. Wiesbaden, S. 289-310
- 2019: Lebensqualität als Konflikt. Eine Ethnografie häuslicher Sterbebetreuung. Frankfurt a.M., New York
- Paul, Kathleen/Hanses, Andreas/Heuer, Katrin/Janotta, Lisa 2018: Biographie im Kontext des Sterbens. Der Einfluss institutioneller Kontexte auf biographische Erzählformate. In: Zeitschrift für Qualitative Forschung 18, H. 2, S. 223-237
- Pfeffer, Christine 2005: „Hier wird immer noch besser gestorben als woanders“. Eine Ethnographie stationärer Hospizarbeit. Bern
- Riedmüller, Barbara 1989: Das ambulante Ghetto – Zur Entwicklung der Gemeindepsychiatrie in der Bundesrepublik. In: Olk, Thomas/Otto, Hans-Uwe (Hrsg.): Soziale Dienste im Wandel 3. Lokale Sozialpolitik und Selbsthilfe. Neuwied, S. 55-78
- Rudloff, Wilfried: Das Ende der Anstalt? Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung in der Geschichte der bundesdeutschen Behindertenpolitik. In: Bösl, Elisabeth/Klein, Anne/Waldschmidt, Anne (Hrsg.): Disability History, S. 169-190
- Schneider, Werner 2014: Sterbewelten: Ethnographische (und dispositivanalytische) Forschung zum Lebensende. In: Schnell, Martin W./Schneider, Werner/Kolbe, Harald (Hrsg.): Sterbewelten. Wiesbaden, S. 51-138
- Scull, Andrew T. 1980: Die Anstalten öffnen? Decarceration der Irren und Häftlinge. Frankfurt a.M., New York

- Soiland, Tove 2017: Die Warenförmigkeit von Care – ein Emanzipationsangebot? Oder: vom heimlichen Charme der Betriebsökonomie. In: Widersprüche 37, H. 145, S. 13-29
- Sozialistisches Patientenkollektiv 1972: Aus der Krankheit eine Waffe machen. Eine Agitationsschrift. München
- Streckeisen, Ursula 2001: Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie. Opladen
- 2008: Legitime und illegitime Schmerzen. Ärztliche und pflegerische Strategien im Umgang mit invasiven Maßnahmen bei Sterbenden. In: Saake, Irmhild/Vogd, Werner (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin. Wiesbaden, S. 191-213
- Strecek, Nina 2016: „Leben machen, sterben lassen“. Palliative Care und Biomacht. In: Ethik in der Medizin 28, H. 2, S. 135-148
- 2017: Sterben, wie man gelebt hat. Die Optimierung des Lebensendes. In: Jakoby, Nina/Thönnnes, Michaela (Hrsg.): Zur Soziologie des Sterbens. Wiesbaden, S. 29-48
- 2020: Jedem seinen eigenen Tod. Authentizität als ethisches Ideal am Lebensende. Frankfurt a.M., New York
- Thönnnes, M./Jakoby, N. R. 2011: Wo sterben Menschen?: Zur Frage des Sterbens in Institutionen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 44, H. 5, S. 336-339

Falko Müller, Weberstr. 69/71, 60318 Frankfurt

NEUERSCHEINUNG

Stefan Stache/Wolf von Matzenau (Hrsg.)

Was heißt Erneuerung der Linken?

Sozial-ökologischer Umbau und ein Sozialstaat für das 21. Jahrhundert



Mit einer zukunftsfähigen Konzeption, die den sozial-ökologischen Umbau mit dem Ausbau und der Modernisierung des Sozialstaates verbindet, könnte die Erneuerung der gesellschaftlichen Linken insgesamt gelingen.

192 Seiten, € 16.80, März 2020

VSA-Verlag, in Kooperation mit **spw**

jetzt bestellen (versandkostenfrei):

spw-verlag@spw.de

oder als Prämie fürs ABO sichern

- * *Kontroverse Debatten*
- * *Kluge Zeitdiagnosen*
- * *Kritische Kommentare*

Jetzt
Probeausgabe
bestellen!



www.frankfurter-hefte.de