

Biographie im Kontext des Sterbens: der Einfluss institutioneller Kontexte auf biographische Erzählformate

Paul, Kathleen; Hanses, Andreas; Heuer, Katrin; Janotta, Lisa

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Paul, K., Hanses, A., Heuer, K., & Janotta, L. (2017). Biographie im Kontext des Sterbens: der Einfluss institutioneller Kontexte auf biographische Erzählformate. *Zeitschrift für Qualitative Forschung*, 18(2), 223-237. <https://doi.org/10.3224/zqf.v18i2.04>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more Information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Kathleen Paul, Andreas Hanses, Katrin Heuer, Lisa Janotta

Biographie im Kontext des Sterbens

Der Einfluss institutioneller Kontexte auf biographische Erzählformate

Autobiographical Perspectives in Palliative Care

The Influence of Institutional Contexts on Biographical Narratives

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag will anhand des Forschungsprojekts „Konstruktionen des Sterbens“¹ zeigen, dass autobiographische Selbstthematisierungen sterbender Menschen sich von anderen Stegreiferzählungen nachhaltig unterscheiden. Die Differenzen der Erzählweisen sind so weitreichend, dass von biographischen Neukonstruktionen zu sprechen ist. Die rekonstruierten Phänomene sind dabei nicht als Ausdruck der (anthropologischen) Situation des Sterbens selbst zu deuten. Vielmehr erweisen sich die jeweiligen institutionellen Kontexte in der Versorgung und Begleitung der Sterbenden als „wirksame Biographiemoderatoren“. Damit wird über das Sterben hinaus die grundlegende Frage aufgeworfen, inwiefern professionelle, institutionalisierte Kontexte biographische Konstruktionen modellieren.

Schlagworte: Subjektkonstruktionen, biographisches Wissen, Organisationskultur, professionelles Handeln, Sterben

Abstract

This paper presents results of the DFG funded research project ‘The Social Construction of Dying’. Based on an analysis of numerous narrative interviews, findings demonstrate very specific characteristics of impromptu biographical narratives of terminally ill people. These characteristics can be best described as a new format of biographical narratives. Although the new biographical narrative format is not an anthropological fact concerning the situation of dying itself, it can be related to the institutional context in which the terminally ill are treated. The results call attention to the influence of institutional contexts on biographical narratives.

Keywords: subject structures, biographical knowledge, organizational culture, professional action, dying

1 Einführung

Biographie ist eine soziale Konstruktion der Moderne. Sie ist aus den sich etablierenden Institutionen der sich verändernden modernen Gesellschaft hervorgegangen und nur aus diesem Prozess heraus zu verstehen (vgl. bspw. Hahn 1982; Beck

1986). Es wurde historisch bedeutsam, dass die gesellschaftlichen Mitglieder ein Wissen über sich generieren. Dieses biographische Wissen haben biographische Stichwortgeber auf sich immer wieder verändernde Art und Weise von den Subjekten eingefordert. Ob dies nun durch die Praxen der Beichte, des erwarteten biographischen Motivs einer Straftat im Kontext des Gerichtswesens, durch die Produktion biographischer Identitäten im Rahmen von Bildungs- und Karriereprozessen oder der Exponierung biographischer Geschlechterkonstruktionen zu skizzieren ist – zentrale Konsequenz dieser Entwicklungen ist die Tatsache, dass soziale Akteure in der Moderne nicht mehr über die Freiheit verfügen, *keine* Biographie als soziales und präsentierbares Wissen über sich selbst zu haben. Biographisches Wissen ist somit Ausdruck sich verändernder gesellschaftlicher Praxen und Diskurse. Es sind dabei insbesondere die Institutionen der sich modernisierenden Gesellschaften, die als Stichwortgeberinnen das sich historisch verändernde biographische Format hintergründig und oftmals kaum bemerkt moderieren (vgl. Hahn 1982; Alheit/Hanses 2004).

In der Bearbeitung von Biographie in der Moderne besitzen jene Institutionen eine besondere Relevanz, die über eine spezielle, gesellschaftlich legitimierte Personengruppe verfügen: die Professionellen. Ihnen wird qua Expert_innenwissen und Diagnosekompetenz die Legitimation übertragen, „Subjekte“ produktiv und für eine Gesellschaft sinnvoll bearbeiten zu können, mit dem Ziel, soziale Integration, Gesundheit und Bildung zu fördern. Gleichzeitig verfügen Professionelle über spezielles Wissen und (machtvolle) Wissensordnungen, sie sind legitimiert, folgenreiche Entscheidungen gegenüber den Nutzer_innen zu treffen, und zumeist in organisationale Kontexte eingebunden (vgl. u.a. Hanses 2008, 2016). Für den analytischen Fokus des vorliegenden Beitrags interessieren jene Bereiche professionellen Handelns, in denen die Nutzer_innen wegen gesundheitsbezogener Problemlagen der Unterstützung bedürfen. Im Kontext von Krankheit und Gesundheit erweist sich die Machtförmigkeit professioneller Wissensordnungen als besonders folgenreich, da beispielsweise die Medizin mit Hilfe ihres diagnostischen „objektivierbaren“ Körperwissens die Aushandlung um eine vermeintlich sinnvolle Problembearbeitung machtvoll gestalten kann. Damit können in medizinischen Kontexten professionelle Hilfen nicht nur zur Unterstützung einer weiterhin autonomen biographischen Lebenspraxis, sondern gerade zu deren Einschränkung führen. Im Kontext „totaler Institutionen“ (Goffman 1973) wie der Psychiatrie und des Altenheims konnten Formen des „Fremdwerdens der eigenen Biographie“ und der „Debiographisierung“ rekonstruiert werden (vgl. Riemann 1987; Hille 2012). Diese lassen sich unter anderem in Formen „fragmentarischer“ biographischer Darstellungsmodi aufzeigen. In jenen gesundheitsbezogenen Bereichen, in denen gerade der Prozess der Diagnose einen besonderen Stellenwert für die professionelle Bearbeitung der Biographie erhält², zeichnen sich biographische Erzählungen zum Teil durch hochnarrative Passagen über relevante professionelle Interaktionssituationen aus. Denn Interaktionen mit Professionellen haben zum Teil weitreichende Konsequenzen für den weiteren biographischen Verlauf und die jeweiligen biographischen Selbstkonstruktionen der Erzählenden. Solche narrativ verdichteten Situationen haben sich in Studien zu Krebserkrankungen und psychosomatischen sowie psychiatrischen Erkrankungen gezeigt (vgl. u.a. Hanses/Richter 2011). Allerdings gab es bisher keine systematischen biographieanalytischen Forschungen zum *Thema Sterben*. So bleibt offen, welche biographische Relevanz eine diagnostische Mitteilung über die Unheilbarkeit einer Erkrankung oder die Selbstwahrnehmung eines anstehenden Lebensendes entfal-

tet und wie das Verhältnis von biographischer Selbsterkenntnis und professionellen Interaktionsarrangements zu fassen ist.

Vor dem Hintergrund des mittlerweile abgeschlossenen DFG-Forschungsprojekts „Konstruktionen des Sterbens“ werden in einem ersten Schritt die Versorgungssituation im Kontext des Sterbens sowie die Anlage des Forschungsvorhabens skizziert (2). Daran schließt die Analyse eines biographischen Interviews einer Patientin an, die auf einer Palliativ-Station interviewt wurde (3). Dazu werden Thematisierungen einer Krankenpflegerin dieser Station ergänzt, die im Rahmen eines Expertinneninterviews erhoben wurden (4). Abschließend werden die theoretischen sowie praxisrelevanten Ergebnisse der Gesamtstudie zum Verhältnis von Biographie und Institution/professionellem Handeln im Kontext des Sterbens vorgestellt (5).

2 Sterben, seine Institutionalisierungen und professionellen Begleitungen

Der Tod und damit auch das Sterben lagen lange Zeit im Gegenstandsbereich der Religion. Trotz der Tatsache, dass religiöse Institutionen das Sterben und den Tod begleiteten, fand das Sterben meist zu Hause statt und war somit gleichsam mit einem privat-familiären Bezugsrahmen verbunden. Dies hat sich erst im 20. Jahrhundert mit der Entwicklung der Kliniken nachhaltig verändert. Das Sterben verlagerte sich immer mehr in den Verantwortungsbereich von Organisationen und wurde dabei mehr und mehr seines privaten, familiären Charakters beraubt (vgl. Ariès 1993; Gronemeyer/Heller 2014).

Gegenwärtig werden das Sterben und der Tod zunehmend dem individuellen Subjekt überantwortet. So ist es gesellschaftlich möglich geworden, über die Formen und Orte des eigenen Sterbens, aber auch über das Arrangement des eigenen Todes nachzudenken, planerisch mit ihm umzugehen und ihn zu gestalten. Die Sorge um das „gute Sterben“ ist somit Teil einer produktiven Subjektivierungspraxis geworden (vgl. Gronemeyer 2007; Paul 2009). Damit entzieht sich das Sterben zwar der Dominanz ärztlicher Definitionshoheit, zugleich wird jedoch eine verantwortliche Positionalität des Biographieträgers eingefordert, als gesellschaftliches Subjekt auch das eigene Ende in den eigenen Verantwortungsbereich zu übernehmen. Trotz dieser Entwicklung, in der sterbende Menschen neu adressiert werden, hat sich die institutionelle und professionelle Bearbeitung des Sterbeprozesses nicht wesentlich verändert. Auch heute wird noch mehrheitlich in Institutionen gestorben. Die wachsenden Angebote ambulanter palliativer Versorgung und ambulanter Hospizdienste haben diesen Sachverhalt noch nicht nachhaltig verändern können. Immer noch sind Kliniken und Altenheime, quantitativ gesehen, die zentralen Orte des Sterbens. Relevante Ergänzung erfahren sie ohne Zweifel durch Palliativstationen in den Krankenhäusern und (stationäre) Hospize (vgl. Thönnies 2013; Allert 2015).

Im Rahmen dieses Beitrags soll allerdings nicht weiter auf die sich verändernde Versorgungssituation im Kontext des Sterbens eingegangen werden. Vielmehr interessiert, was in den gegenwärtigen professionellen Praxen im Kontext des Sterbens mit den Nutzer_innen – den Sterbenden – selbst geschieht. Mit Ansät-

zen qualitativer Sozialforschung sind vor allem professionelle Praxen und Wissensordnungen im Kontext unterschiedlicher Institutionen (vgl. Dreßke 2005; Walker/Breitsameter 2013) und auch ambulanter palliativer Versorgungen (vgl. Müller/Schütte-Bäumner/May 2014) untersucht worden. Biographische Analysen zu Sterbenden in institutionellen Kontexten lagen bisher nicht vor. Somit war offen, was und wie Menschen ihr Leben erzählen, wenn sie erwarten, ihr Leben nicht mehr auf gewohnte und komplexe Weise gestalten zu können. Angesichts vorliegender biographieanalytischer Untersuchungen stellte sich die Frage, inwieweit in der Erwartung des eigenen Sterbens Biographie aus einer dramatischen, leidvollen biographischen Perspektive erzählt wird oder „schon“ Formen einer Debiographisierung zu finden wären. Eine weitere entscheidende Frage war natürlich auch, inwieweit unterschiedliche institutionelle Rahmen im Kontext des Sterbens die biographischen Selbstkonstruktionen beeinflussen.

Das über fünf Jahre von der DFG geförderte Forschungsvorhaben „Konstruktionen des Sterbens“ (2010–2015) hatte in methodischer Hinsicht eine Doppelperspektive angelegt. Einerseits wurden biographische Interviews mit schwer todkranken und sterbenden Menschen in unterschiedlichen institutionellen Kontexten durchgeführt. Gleichzeitig wurden in diesen Organisationen auch Expert_innen-Interviews erhoben. In den ersten zwei Projektjahren wurden biographische und Expert_innen-Interviews in Sachsen in Hospizen, auf Palliativstationen und Stationen der Inneren Medizin sowie im dritten Jahr in Altenheimen, im vierten und fünften Projektjahr in drei Regionen der alten Bundesländer erhoben. Durch die Anlage der Studie, aber auch bedingt durch den unterschiedlich leichten bzw. schweren Zugang zu den Institutionen, lag der Schwerpunkt der Erhebung in den letzten zwei Projektjahren im Bereich der Hospize und Palliativstationen. Im Gesamtzeitraum sind 180 Interviews entstanden (99 Expert_innen-Interviews und 81 biographische Interviews). Bei der Auswertung der biographischen Interviews standen die biographischen Konstruktionslogiken der Erzählenden im Vordergrund (vgl. Schütze 1984; Hanses/Richter 2009). Der Blick auf die jeweiligen „Eigensinnigkeiten“ der Erzählweisen der Sterbenden konnte überraschende und biographietheoretisch relevante Einsichten eröffnen. Die Auswertung der Expert_innen-Interviews erfolgte mittels Kernstellenanalysen unter Anwendung eines an Meuser und Nagel angelehnten hermeneutisch-rekonstruktiven Verfahrens (vgl. Meuser/Nagel 2009), um routinisierte, institutionalisierte Praxen sowie Widersprüche im professionellen Handeln offenzulegen.

Die Analyse der Interviews rückte zahlreiche Differenzen in den Darstellungsweisen der Interviewpartner_innen in den Blick: So zeigten sich Unterschiede zwischen Subjekt- und Expert_innenperspektiven, zwischen den unterschiedlichen Institutionen, ihren professionellen Gruppen (einschließlich Ehrenamt) sowie zwischen den Ost- und West-Interviews (vgl. Hanses/Heuer/Paul 2015; Hanses u.a. 2015; Heuer/Paul/Hanses 2015). Für die vorliegende Thematisierung werden ein biographisches Interview und ein Expert_innen-Interview aus dem Kontext der Palliativstationen vorgestellt, um exemplarisch grundlegende Perspektiven auf die institutionelle Ermöglichung von biographischen Konstruktionsweisen im Sterben deutlich zu machen.

3 Biographische Selbstpräsentation

3.1 Die biographische Erzählung von Anna Braun³

Anna Braun ist eine Frau von knapp 50 Jahren und zum Zeitpunkt des Interviews an Gebärmutterkrebs erkrankt. Eine chronologische, erzählerische Rekonstruktion ihrer Kindheitserinnerungen als Erzähleinstieg steht für Anna Braun biographisch nicht im Fokus: „so früh möchte ich eigentlich gar nicht anfangen. Das schweift zu sehr aus. [...] So das Gefühl“ (11–14). Ob es emotional zu anrührend und aufwühlend wäre, eventuelle negative und positive Erinnerungen nicht aktiviert werden sollen, oder ob es in ihrer palliativen Situation zu viele andere aktuelle Fragen gibt, bleibt offen. Anna Braun findet kurz darauf einen Erzähleinstieg zum Thema ihrer drei Ehemänner. Während sie zuvor die Normalität ihrer Hausfrauenrolle beschreibt, erzeugt der drogenabhängige „erste Mann“ einen Riss in diesem Bild:

„Ja. Dann irgendwann hat man geheiratet. – Den äh (3) der erste Mann war drogenabhängig. Hing also an der Nadel. Da hab ich ihn mehr oder minder davon abgebracht. – Also selber, trocken, also von der Nadel weg, aber immer mit dem Gedanken, ich weiß, wenn es irgendwo knallt, dann besorgt er sich wieder was. [...] Was dann auch nicht ging. Ich hab, wir haben dann einen Sohn bekommen. Als der zur Schule kam, habe ich mich dann von meinem Mann getrennt, da war mein Sohn sieben, weil er anfang, alles oben liegen zu lassen, seine ganzen Gerätschaften, und da hab ich dann kein Pardon mehr. Nix, und meinte: 'Björn, du gehst!' Er war dann auf dem Drogenschiff [...] was es in A-Stadt gab, weiß nich, ob's das noch gibt, (*atmet aus*) halt ganz anonym, nur ich hatte ne Notadresse oder ne Nottelefonnummer. Ja – hat sich dann aber auch später das Leben genommen.“ (*Transkript 1/28-2/27*)

Dieser Abschnitt ist symptomatisch für Anna Brauns Erzählweise. Sie rafft die Jahre von der Eheschließung bis zum Rauswurf ihres Mannes in wenigen Sätzen und knappen Darstellungen. Während sie den ersten Ehemann zunächst vom Drogenkonsum abbringen kann, bleibt die Situation durch das beständige Wissen um die Rückfallmöglichkeit ihres Partners heikel und unsicher. Erst, als das körperliche Wohl des Kindes durch die herumliegenden „Gerätschaften“ gefährdet scheint, ist für Anna Braun jedoch eine Grenze erreicht: Der physische Schutz des Kindes steht für sie an erster Stelle, und in der Konsequenz trennt sie sich von ihrem Mann: „und da hab ich dann kein Pardon mehr. Nix, und meinte: 'Björn, du gehst!'“. Damit charakterisiert sich Anna Braun als eine starke, selbstbewusste Frau, die klare Entscheidungen treffen kann. Auffällig ist, dass eine Charakterisierung der sozialen Beziehungen innerhalb der Ehe zu ihrem Mann und auch zum Sohn unterbleibt. Der Ehemann bleibt „gesichtslos“ und wird ausschließlich durch seine Drogenkarriere beschrieben. Auch die Existenz des Sohnes wird nur kurz genannt und in die präsentierte Drogengeschichte eingeflochten. Detailliertere Hintergründe, Vorwürfe, ein dramatischer Rückblick auf die Ehe oder die Darstellung einer Schwere der Lebenssituation werden erzählerisch ausgespart. Auffallend knapp benennt Anna Braun den Sachverhalt, dass sich der erste Ehemann „später das Leben genommen“ hat. Damit beendet Anna Braun die Erzählung zur ersten Ehe, ohne damit verbundene Emotionen oder deren Bedeutung für sie selbst herauszustellen.

Auch im weiteren Interviewverlauf präsentiert Anna Braun eine hochgradig verdichtete Erzählung, in der sie sich selbst immer wieder als starke Frau herausstellt. Nach vier Jahren ohne Partner folgt die zweite Ehe, die sie als *„anders toll“* im Vergleich zur ersten Ehe resümiert. Nach einer Schwangerschaft, bei der sie das Kind im vierten Monat verliert, wird sie nochmals schwanger und bekommt *„ein kleines Mädchen“*. Ohne in die damalige Situation erzählerisch und emotional einzutauchen, benennt sie nur kurz den Umstand, dass die Tochter im Alter von zwei Jahren am plötzlichen Kindstod verstirbt. Die Dramatik, ein Kind verloren zu haben, wird erzählerisch ausgespart. Stattdessen stellt sie ihre eigene Entscheidung in den Mittelpunkt, keine eigenen Kinder mehr zu bekommen und Pflegemutter zu werden: *„Und dann hab ich nu gesagt: Warum denn nicht das? Ich hab doch noch so viel Energie“*. Anna Braun und ihr Ehemann nehmen zwei Pflegekinder auf.

Auch die zweite Ehe wird geschieden und Anna Braun lernt ihren jetzigen Lebensgefährten *„leider eigentlich viel zu spät“* kennen. Das Zusammensein mit ihrem Freund fällt mit dem Beginn ihrer Erkrankung zusammen.

„Den liebsten Mann auf Erden zu spät kennengelernt. [...] So, und der jetzt ja und ich mit der Krankheit, oder wo's bei uns mit der Krankheit endet, ne. Nicht mit Drogen, nicht mit 'weil es geht nicht mehr' und nich irgendwat anderes, sondern einfach diese scheiß Krankheit. [...] Ne? Dass die zu schnell voranwächst und zu schnell, ja, mich niederhaut, was ich normal nicht bin. Normal bin ich Power, Power, Power, Power. Arbeiten gehn, Kinder da sein, Action, Wochenende weg.“ (Transkript 3/79-3/84)

Anna Braun stellt die Beziehung als etwas ganz besonderes heraus und setzt sie gleichzeitig ins Verhältnis zum erneuten und absehbaren Ende. Dabei werden Interaktionsbeschreibungen, typische Merkmale des Partners oder gemeinsame Aktivitäten erzählerisch nicht aufgegriffen. Sie verbleibt bei dem thematischen Schema der Beziehungsdarstellung, wobei das Ende der aktuellen Beziehung dieses Mal durch ihre immer weiter voranschreitende Krankheit markiert wird. Sie drückt ihr Bedauern über die Kürze der aktuellen Beziehung aus, entwirft erzählerisch allerdings kein Drama über das bevorstehende eigene Lebensende und betont nur kurz die Diskrepanz zwischen der *„scheiß Krankheit“* und ihrem eigentlichen Wesen als energiegeladene Frau zwischen Familie, Beruf und Freizeit.

Nachdem sich die Haupterzählung durch eine stringente Orientierung an den Beziehungsgeschichten auszeichnet, kommt Anna Braun im Nachfrageteil des Interviews intensiver auf ihre Krankengeschichte zu sprechen und beschreibt den Ablauf der medizinischen Behandlungen: Der Verdacht auf ein Bandscheiben- oder Rückenleiden kann sich nicht bestätigen und es wird bei Frau Braun wird Krebs in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert. Sie bekommt dennoch *„fünf Chemotherapien“* und *„fünfunddreißig Bestrahlungen“* und betont ihre damals noch vorhandene Zuversicht und ihr Bestreben, bald wieder *„in die Gänge“* zu kommen. Es folgen mehrere Operationen an der Gebärmutter, nochmalige Chemotherapien und Bestrahlungen sowie ein Reha-Aufenthalt. Das alles führt zu keiner Besserung, da sich der Krebs immer weiter in den Darm ausbreitet. Eine dramatische Inszenierung der erfolgten zahlreichen und dennoch erfolglosen Behandlungen bleibt aus und das damit einhergehende Leiden und die beschwerlichen Konsequenzen der Krankheit finden keine Erwähnung. Die Existenz der Krankheit samt ihren Folgen wird als gesetzt hingenommen, ohne sie in dramatischer Weise biographisch zu verhandeln oder zu hinterfragen.

In dem erzählten Diagnose- und Behandlungsprozess – wobei auch hier nur kurze Stationen der Versorgung genannt werden – spielen professionelle Helfer_innen keine Rolle. Auch wird ein Bezug zum bevorstehenden Lebensende erzählerisch nicht aufgegriffen, sondern nur implizit erwähnt. Allerdings kommt Anna Braun in einer anderen Passage auf ihre Erfahrungen auf der Palliativstation, auf der sie momentan betreut wird, zu sprechen und vergleicht diese mit der Normalstation des Krankenhauses, auf der sie sich vorher aufhielt:

„Total andere Welt hier. [...] Hier wird sich gekümmert. [...] Hier ist plötzlich jemand da. Der/ hier hat jemand Vorschläge oder die ham gleich irgendwas wieder, wo man denn doch noch wieder helfen kann und nich so (3), das is gemein, ich hab/ weiß es nich. Fühlte mich drüben, als wenn ich so Bröckchen, mir Bröckchen hinlegt. [...] So, nun sieh zu, wie du aus den Bröckchen nen Keks machst. So fühlte ich mich drüben. Weil mir keiner was sagen mochte oder konnte oder wollte. Keine Ahnung. Oder wusste denn, wie man mir das sagen sollt, weil man nicht wusste, wie weit bin ich mit meine Krankheit vertraut. Bis ich dann halt den einen Freitag auf'n Tisch gehauen hab und hab gesagt: ‚Leute, so geht das nicht! Hey, was ist los hier! Redet Tacheles mit mir und nicht wie mit nem Kleinkind! [...] Na ja, und das war halt am Freitag, ne, wo man dann Tacheles mit mir geredet hat und, pff, klar, erst einmal ich war bestürzt, es brach ne Welt zusammen und – ne. Dass das so schnell zu Ende gehen könnte, hab ich auch nicht mit gerechnet.“ (Transkript 5/135-5/148)

Anna Braun beschreibt die Palliativstation als eine „total andere Welt“ im Vergleich zu einer Normalstation. Dabei hebt sie die besondere Präsenz der professionellen Helfer_innen hervor. Es wird sich „gekümmert“ und „hier ist plötzlich jemand da“. Obwohl sie keine konkreten Interaktionsbeschreibungen mit Professionellen nutzt, beschreibt sie eine Umgangsweise, die an ihre eigenen Vorstellungen von Hilfe anknüpfen. Dagegen verweist sie auf Kommunikationsprobleme auf der Normalstation und ein Wissensungleichgewicht zwischen sich selbst und den Professionellen. Auffallend ist, dass sie keine Anschuldigungen oder Vorwürfe gegenüber den Professionellen formuliert. Ihr erzählerischer Fokus liegt auf ihrer konsequenten Forderung nach einer Veränderung der aus ihrer Sicht unbefriedigenden Kommunikationssituationen und nachdem sie „auf'n Tisch gehauen“ hat, wird „Tacheles“ mit ihr geredet. Auch in dieser Passage ist ihr selbstbestimmtes Handeln bedeutsam und wirksam. Als dann tatsächlich „Tacheles“ mit ihr geredet wird – vermutlich über ihr baldiges Sterben – umschreibt Anna Braun in knapper Weise einen Zustand der Betroffenheit über das baldige Sterben und dessen Unvorhersehbarkeit. Detaillierte Auseinandersetzungen bezüglich der Realität des baldigen Sterbens finden nicht statt und die Erzählerin bleibt bei einer unaufgeregten Darstellung ihrer gegenwärtigen persönlichen Situation.

Frau Braun präsentiert eine Lebensgeschichte, in der sie zunächst auf ihre Ehen und familiären Nahbeziehungen eingeht. Innerhalb dieser Ausführungen konzentriert sie sich allerdings nicht nur auf diese Themen, sondern entwirft auch ein „Bild von sich“ und ein „Bild des eigenen Lebens“. Trotz vieler Beziehungsabbrüche, schwieriger Lebenssituationen und Schicksalsschlägen transportiert Anna Braun eine prinzipielle Lebenszufriedenheit. Obwohl ihre Lebenssituationen teilweise prekär waren und die aktuelle Krankheit absehbar zum Tode führt, präsentiert sie ihre Handlungsmächtigkeit und eine Erfolgsgeschichte, in der ihre eigene Lebensleistung im Mittelpunkt steht.

3.2 Biographisches Wissen als Form der Neuordnung biographischer Konstruktionen

Die biographischen Selbstdarstellungen von sterbenden Menschen auf Palliativstationen und in Hospizen weisen ein besonderes biographisches Format auf, wie es auch bei Anna Braun nachgezeichnet werden konnte. Werden die Ergebnisse der rekonstruierten biographischen Interviews theoretisch gedacht, kann von einer *Neuordnung biographischer Konstruktionen* gesprochen werden. Für die Erzählenden stehen am Ende des Lebens die Idee der ganz eigenen Geschichte und ein klarer Selbstentwurf maßgeblich im Vordergrund. Das Format des biographischen Erzählens verweist auf selbst gewählte Schwerpunkte und Themen in erzählerisch sehr geraffter, verdichteter und meist deskriptiv dargestellter Form.

Die Geschichten zeichnen sich durch Konfliktfreiheit und Abgeschlossenheit aus und bedürfen keiner weiteren biographischen Bearbeitung. Die Erzählungen vermitteln das Bild einer in sich ruhenden Lebensperspektive. Eine dramatische Krankheits-, Lebens- oder Leidensgeschichte konnte weder bei Anna Braun noch in anderen auf der Palliativstation und im Hospiz geführten Interviews rekonstruiert werden. In den Erzählungen erfolgt eine strikte *Entdramatisierung der biographischen Selbstpräsentation*. Innerhalb der biographischen Konstruktionen werden – mit der begrenzten Zukunftsperspektive auf das baldige Sterben – konflikthafte und konfliktreiche biographische Begebenheiten, Brüche und Erlebnisse der Betroffenheit zwar angedeutet, ein leidvolles oder dramatisches Erleben und erzählerisches Verhandeln innerhalb des Interviews findet nicht statt. Es wird ebenso wenig von Auseinandersetzungen mit professionellen Helfer_innen erzählt oder mit ihnen in nacherzählten Dialogen um Deutungen des gelebten Lebens geführt. Konflikthafte Interaktionsbeschreibungen mit professionellen Hilfesystemen – wie sie in anderen Erkrankungsgeschichten ausdrücklich zu finden sind – werden mehrheitlich ausgelassen (vgl. Paul/Heuer/Hanses 2012).

Zugleich können in den biographischen Interviews nicht nur diese inhaltlich bedeutsamen Eigenheiten rekonstruiert werden, vielmehr lassen sich im gesamten *Format der biographischen Selbstpräsentation* Besonderheiten erkennen: Die Erzählungen organisieren sich nicht in Gestalt einer biographischen, identitätsgenerierenden Gesamtformung: Stattdessen bleiben große Erzähllinien unverbunden; eine Aufschichtung eigener Erfahrungszusammenhänge oder Verlaufskurvenentwicklungen konnten in den biographischen Selbstpräsentationen der sterbenden Menschen nicht rekonstruiert werden. Die Erzählungen sind durch die Aneinanderkettung von Ereignissen gekennzeichnet – wobei eine dramatisierende Verknüpfung ausbleibt.

Diese Fähigkeit zu biographischen Neukonzeptualisierungen – eben das Leben „ganz anders“ erzählen zu können – war erstaunlicherweise ausschließlich im Kontext des Hospizes und der Palliativ-Stationen zu finden, jedoch nicht in anderen kurativen Stationen von Kliniken oder Heimen. Damit ist diese biographische Neukonstruktion nicht allein als Ausdruck des Sterbens selbst zu verstehen, sondern muss in Verbindung mit den jeweiligen institutionellen Rahmungen gedacht werden. Dieser Aspekt wird am Ende des Artikels noch einmal aufgegriffen. Zunächst sollen jedoch die professionellen und damit institutionellen Perspektiven skizziert werden, welche die biographischen Erfahrungen durch die alltägliche Begleitung rahmen.

4 Professionelle Perspektiven in der Arbeit mit Sterbenden

4.1 Expert_innenperspektive von Antje Kohn

Das Sterben stellt auch die professionellen Helfer_innen, die mit schwer erkrankten Menschen arbeiten, vor spezifische Aufgaben. So sind gerade die Professionellen auf Palliativstationen mit unterschiedlichen Erwartungen konfrontiert. Einerseits geht es bei vielen Patient_innen um Schmerztherapie, Symptomkontrolle, zum Teil um diagnostische Behandlungen und um eine medizinisch-pflegerische Betreuung. Diese Patient_innen werden nicht selten auch ins häusliche Umfeld entlassen. Für Fragen der Symptomkontrolle und die pflegerische Betreuung können klare, medizinisch legitimierte Ziele und konkrete Handlungsausrichtungen definiert werden. Diese Handlungsausrichtungen gehen mit der Idee von Fallbearbeitung und Besserung einher. Andererseits gehört es auch zur professionellen Aufgabe, Menschen bis in den Tod hinein zu begleiten. Hier geraten die medizinischen Ideen von Linderung und Besserung an ihre Grenzen, Zieldefinitionen des Handelns verschwimmen.

In vielen Expert_innen-Interviews im Rahmen der Palliativstation ließen sich daher eine überwiegend professionelle Ausrichtung an Zielformulierungen sowie die professionelle Idee einer Bearbeitung rekonstruieren. Andere Patient_innen versterben auf der Palliativstation und machen im Vorfeld andere professionelle Fokussierungen jenseits einer klaren Zieldefinition notwendig. In den folgenden Interviewpassagen einer Krankenpflegerin auf einer Palliativstation, Frau Antje Kohn, sollen diese besonderen professionellen Deutungen und Handlungsausrichtungen im Umgang mit dem Sterben illustriert werden. Gefragt nach den professionellen Herausforderungen im Umgang mit dem Sterben, antwortet Antje Kohn wie folgt:

„Na die Herausforderung ist, den Zeitpunkt zu erkennen äh erst mal mit den Leuten/ Also man muss ja irgendwie mal die Leute versuchen anzusprechen, das Wort Sterben. Man merkt ja, die wollen gerne drüber reden, die wissen es. [...] Und so über diese letzte Zeit zu reden und einfach zu gucken, wie weit steht der Mensch so. [...] Und bei einem, der auch immer mal wieder Andeutungen macht so zwischen den Zeilen, da fällt es mir auch leichter das anzusprechen, mal zu sagen einfach 'Haben sie denn alles geordnet?' So einfach diese Dinge, ne? Was ist noch zu tun jetzt? Auch zu Hause oder irgendwas ist noch zu ordnen. [...] Das sind so die Herausforderungen. Pflegerisch, natürlich gibt es da auch Herausforderungen. Aber das sind immer technische Dinge irgendwo, ne? Die die sind dann, die lassen sich irgendwo dann immer lösen. Aber so diese psychischen Belange, das ist schon/ Aber die sind auch wieder/ auf der anderen Seite ist es auch wieder schön, wenn es wenn man merkt, man hat den Angehörigen helfen können, dann den Weg zu gehen. Ne? Und dann das reflektieren und sagen 'Es war gut, dass sie da waren. Und ich habe das gar nicht gesehen oder gar nicht mit gekriegt.' Weil es ja oftmals so ist, ich weiß es ja von meinem Bruder, dass man das gar nicht wahrhaben will.“ (Transkript 6/197-7/233)

Antje Kohn beschreibt zunächst den Versuch, über das Sterben zu sprechen, als die eigentliche Herausforderung ihrer Arbeit. Dabei hat dieses vorsichtige Sprechen keinen festen, standardisierten Ablauf oder zielführende Beweggründe, sondern vielmehr muss geschaut werden „*wie weit steht der Mensch so*“. Wichtig erscheint eine individuelle Ausrichtung an den Bedürfnissen der Sterbenden und

ihren Angehörigen selbst, ein Nachspüren und ein Wahrnehmen von „*Andeutungen [...] so zwischen den Zeilen*“. Hilfe bedeutet für Frau Kohn nicht nur, Gesundheit zu fördern, zu erhalten oder Krankheit zu verhindern. Es geht ihr darüber hinaus um die psychischen und die sozialen Aspekte des Lebens der Patient_innen. Die rein pflegerischen Aufgaben betrachtet sie zwar als Herausforderung, für sie sind sie allerdings „*immer technische Dinge irgendwo, ne? Die die sind dann, die lassen sich irgendwo dann immer lösen.*“ Antje Kohn erweitert ihre professionellen Fokussierungen weit über rein pflegerische, auf den Körper bezogene Hilfen hinaus und stellt gegenseitige kommunikative Bezüge und persönliche Zugänge in den Mittelpunkt. Die eigentliche professionelle Herausforderung liegt für sie in der Herstellung dieser kommunikativen Zusammenhänge zu den Patient_innen und deren Angehörigen. Das professionelle Wissen wird in diesem Rahmen nicht nur von fachlich-pflegerischen Kenntnissen bestimmt, sondern gleichsam mit eigenen biographischen Erfahrungen verbunden. Mit dem Bezug auf die Erlebnisse mit ihrem eigenen Bruder erschließt sie sich ein empathisches Nachvollziehen, das ihr ein besseres (professionelles) Verständnis gegenüber den Angehörigen (und Patient_innen) eröffnet.

Antje Kohn präsentiert eine *spezifische Ausrichtung und Fokussierung* ihres professionellen Selbstverständnisses, bei dem es vorrangig um eine subjektive, kommunikative und an den Bedürfnissen der Sterbenden und deren Angehörigen orientierten Handlungsausrichtung geht. Bezug nimmt sie darauf auch an einer anderen Stelle des Interviews, in der sie persönliche Anforderungen und organisationale Möglichkeitsräume der Palliativstation aufgreift:

„Was mir gefällt also hier an der Arbeit, ist dieses individuelle Arbeiten. Also dass man sich selber als Persönlichkeit einbringen kann. Und dass man authentisch sein muss. Also das ist eine Voraussetzung, dass man/ wenn man hier arbeitet. Weil einfach/ es ist einfach/ die Menschen, die hier am Lebensende liegen, haben es einfach verdient, dass man authentisch auf sie zugeht, ne. Und das gefällt mir gut. [...] Und da habe ich auch für mich sehr, sehr viel gelernt hier. [...] Mit den Ärzten das Zusammenarbeiten gefällt mir gut. Und dass nicht so ein vorgegebener Plan ist. Also der Patient bestimmt den Ablauf und das liegt mir sehr so was. Wo ich sagen kann, ich gucke mal. Es muss nicht sein, dass der Patient um acht geschneitelt im Bett liegt. Ich gucke einfach, wenn der sich nicht fühlt, dann waschen wir eben heute mal nicht oder machen eben mal das. Oder wenn er das möchte dann/ also diese Individualität hier in der Pflege, das gefällt mir hier. Und die Phantasie, die man hier mit einbringen kann. Das ist einfach das, was ich möchte. So immer wollte.“ (Transkript 2/37-2/57)

Die persönliche Beziehung zu den Patient_innen wird durch ihre professionelle Haltung der Authentizität hergestellt und eröffnet einen wechselseitigen sowie vertrauensvollen Kommunikations- und Begegnungsraum, den sie für die Sterbenden als notwendig erachtet. Zugleich sind die institutionellen Strukturen flexibel gestaltbar, so dass eine Ausrichtung des professionellen Handelns an den Bedürfnissen der Sterbenden realisiert, eine Orientierung an deren Individualität gewährleistet werden kann und nicht stringenten zeitlichen Abläufen und einem „*vorgegebene[n] Plan*“ unterworfen werden muss. Ebenso bleibt ein eigener Möglichkeitsraum für Antje Kohn, um zusätzlich zu einer praktisch-grundpflegerischen Hilfe und professionellen Unterstützung „*Phantasie*“ einzubringen und mögliche Abweichungen von einem festen Pflegeplan und alltäglichen Routinen als professionelle Handlungsweise anerkannt zu bekommen.

Anhand der Ausführungen Antje Kohns konnte gezeigt werden, dass auf der Palliativstation professionelle Zugänge und Ausrichtungen möglich sind, die sich

auf alltagszeitliche Unterstützungen in Form kommunikativer Zugänge konzentrieren. Krankenpflege als besonderer, traditioneller Arbeitsbereich gewinnt durch die Nähe zu den Patient_innen beim institutionalisierten Umgang mit Sterbenden an Wichtigkeit. Die Zuwendung des Pflegepersonals wird auf der Palliativstation auch aufgrund der Situation des Sterbens nicht geringer, sondern es werden andere Möglichkeiten der Kontaktaufnahme gesucht, die nicht zwingend mit pflegerischen Maßnahmen zu tun haben. Es geht eben nicht „nur“ um eine pflegerische „Verrichtung“ einer Grund- und Behandlungspflege, sondern um ein Wahrnehmen der Wünsche und Bedürfnisse der Patient_innen. Damit werden neue professionelle Strategien, Kompetenzbereiche und Fokussierungen entwickelt, die die eigenen beruflichen Kompetenzen nicht in Frage stellen, sondern erweitern. In der pflegerischen Aufmerksamkeit steht einerseits die Linderung von Beschwerden, andererseits kann eine abwartende und kommunikative Haltung beobachtet werden, in der die Pfleger_innen den Patient_innen den Raum zugestehen, die Pflegeprozesse mitzubestimmen. In den professionellen Handlungsausrichtungen erfolgt eine Wahrnehmung und Orientierung an den zeitlichen, biographischen und konkreten Möglichkeiten und Bedürfnissen der Patient_innen – abseits von festen Standardlösungen.

4.2 Sterben als soziale Herstellungspraxis – die Palliativstation als Erfahrungsraum

Die Palliativstation markiert ein mögliches Sterben der Bewohner_innen und schafft somit eine institutionelle Akzeptanz des Todes und des Sterbens. Diese *Markierung* und *Akzeptanz* gehen mit ihrem gesellschaftlichen Auftrag der Begleitung von schwer erkrankten Menschen einher. Diesem Auftrag begegnen diese Stationen mit flexibleren institutionellen Strukturen und weichen Routinen, welche wiederum das Leben und Sterben auf einer Palliativstation beeinflussen. Wie mithilfe des Interviews mit Antje Kohn illustriert werden konnte, ist auf der Palliativstation eine Situationsdefinition des (möglichen) institutionalisierten Sterbeprozesses gegeben: Es geht nicht mehr per se um einen Genesungsprozess, wie es auf anderen Stationen des Krankenhauses vorausgesetzt wird. Vielmehr steht eine schwere, schon fortgeschrittene Krankheit im Fokus der Aufmerksamkeit, und ein mögliches Sterben wird im Rahmen dieser Station parallel mitgedacht, in den konkreten Alltagspraktiken zwischen Helfer_innen und Patient_innen vermittelt, besprochen und nicht ausgeschlossen. Durch die wechselseitige *Produktion eines Subjektes*, welches – bspw. durch Therapie, kurative Handlungen oder aktivierende Pflege – nicht mehr bearbeitet werden muss (Hanses u.a. 2015; Hanses/Heuer/Paul 2015), werden durch die sozialen Praxen der Institutionalisierung *neue Formate professioneller Handlungsausrichtungen und Deutungen* hervorgebracht. Das Sterben als Thema wird nicht ausgeblendet: Neue Formen der Kommunikation sind möglich und individuelle sowie biographische Anliegen rücken in den Fokus der Aufmerksamkeit. Die professionellen Helfer_innen ziehen sich bedingt aus einer „klassischen Bearbeitungslogik“ zurück. Horizont der professionellen Handlungsperspektive sind keine „bessere Gegenwart“ oder eine „gelingende Zukunft“. Stattdessen entwickeln Professionelle eine Haltung, in der sie die Nichtbearbeitbarkeit des Falles akzeptieren – und diese Akzeptanz einer begrenzten Zukunft impliziert, dass keine Problemdeutungen und -lösungen

mit den Patient_innen mehr ausgehandelt werden müssen. Mit anderen Worten: Die Institutionen und die Professionellen verlieren ihre Rolle als „Biographiegeneratoren“.

Durch einen solchen Rückzug der professionellen Praxis im institutionellen Kontext wird der Raum für eine *Neuordnung biographischer Konstruktionen eröffnet*. Gleichzeitig wird die Neuordnung biographischer Konstruktionen durch diesen Rückzug professioneller Praxis für eine biographische Kohärenzbildung aber auch *eingefordert*. Es eröffnet sich somit ein Möglichkeits-, aber auch Notwendigkeitsraum, vor dem Hintergrund des antizipierten Sterbens neue Formate biographischer Konstruktionen zu entwerfen. Der Organisationskontext mit den je spezifischen sozialen Rahmungen und den gelebten (professionellen) Praxen beeinflusst nachhaltig die beschriebene *Transformation von Biographie* und wird zur Deutungsfolie für die neuen *Konstruktionen des Sterbens*.

5 Organisationale (Neu-)Produktion von Biographie

Die Ergebnisse des vorliegenden Beitrags bestätigen zunächst den eingangs formulierten Sachverhalt der gesellschaftlichen Konstruktion von Biographie. Und dennoch liegt in den vorliegenden Beobachtungen eine bedenkenswerte neue Erkenntnis. Biographie modifiziert sich nicht nur vor dem Hintergrund der jeweiligen sozialen und biographischen Situationen, sondern sie kann grundlegend neu geschaffen werden, besitzt somit eine Emergenz. Die Veränderbarkeit von Biographie ist in biographieanalytischen Diskussionen immer wieder thematisiert worden. Ob dieser Sachverhalt nun u.a. mit der Beschreibung der „Wandlungsprozesse“ als kognitiver Figur autobiographischer Stegreiferzählungen (vgl. Schütze 1984), anhand des Konzepts der „Biographizität“ (vgl. Alheit 2010) oder der Relevanz leiblicher Krisen (vgl. Hanses 1999) konzeptionell untersucht worden ist, so bleibt bei allen empirisch zu beobachtenden Veränderungs- und Umdeutungsrelationen eine relative Geordnetheit der autobiographischen Stegreiferzählung gewahrt. Im Kontext des Sterbens hingegen zeigt sich das Phänomen, dass Biographisches ganz neu und verändert konstruiert werden kann. Es wird eben nicht eine krisenhafte Situation in eine biographische Stringenz eingewoben. Stattdessen führt die Ratifizierung des eigenen Sterbens zu veränderten Freiheitsgraden biographischer Selbstpräsentationen: Biographische Gesamtformungen, Produktion von Ereignisverkettungen oder diskursive Einbindungen einer Subjektkonstitution sind keine notwendigen Bedingungen für die erzählerische Konstruktion des „eigenen“ Lebens. Ohne Zweifel könnte die Frage gestellt werden, inwieweit damit das Format autobiographischer Stegreiferzählungen mit der notwendigen Einhaltung der kognitiven Figuren verlassen wird und somit ein anderes Textformat von Selbstthematizationen vorliegt. Demgegenüber bleibt festzuhalten, dass sich die in einem „Sterbeprozess“ befindenden Interviewten auf eine biographische Thematisierung und Narration einlassen. Nur: Die Freiheitsgrade, mit denen die Erzählenden dies tun, sind erstaunlich. Es wäre vermessen, diese Erzählungen als nicht-(richtig)-biographisch abzuqualifizieren. Biographie darf sich angesichts des zu erwartenden Lebensendes – so scheint es – manchen Zugzwängen entziehen. Dennoch: Diese weitreichende Fähigkeit der biographi-

schen Neukonstruktion ausschließlich der existenziellen Situation des Sterbens zuzuweisen, greift zu kurz.

Das zweite erstaunliche Ergebnis der vorliegenden Studie – wie anhand der hier präsentierten empirischen Belege aufgezeigt – liegt in der Erkenntnis, dass sich biographische Neukonstruktionen im Kontext des Sterbens nicht durch die fehlenden kurativen Perspektiven der Biographieträger_innen ergeben, sondern durch die Organisationsweisen ihrer Bearbeitungen. Denn Beobachtungen biographischer Neukonstruktionen haben sich im Rahmen des vorliegenden Forschungsvorhabens nur in Organisationsbereichen der Hospize und Palliativstationen aufzeigen lassen. In den Kontexten der Kliniken und Heime waren die biographischen Erzählungen und professionellen Selbstthematisierungen „anders“ strukturiert (vgl. Hanses u.a. 2015). Die Wirkung der institutionellen Differenzen zwischen den unterschiedlichen, im Rahmen des Forschungsvorhabens untersuchten organisationalen Bereichen, wie Hospize und Palliativstationen auf der einen Seite sowie Altenheime und Kliniken (Innere Medizin) auf der anderen Seite, erwächst nicht aus einer Kontrarität der sozialen Akteure, des Personals oder der Nutzer_innen. Vielmehr ist es der jeweilige organisationale Auftrag, der zu unterschiedlichen Rahmungen, Praxen und diskursiven Setzungen führt. Während in der Klinik und im Altenheim der Tod entweder zur Störung oder zum unvermeidbaren Endpunkt professioneller Bearbeitungen avanciert, wird das institutionelle Zulassen des Sterbens in hospizlichen und palliativen Kontexten als zentrale Rahmung professioneller Praxis gesehen. Dies hat weitreichende Wirkung: Es muss kein Subjekt mehr bearbeitet und keine Lösung im Sinne einer Integration, Arbeitsfähigkeit oder Gesundheit hergestellt werden. Gerade diese Nicht-Bearbeitung eines Subjekts durch die Professionellen eröffnet das Potential, dass sich die Sterbenden als neues biographisches Subjekt – mit den oben skizzierten offenen biographischen Konstruktionsweisen – entwerfen können. Aus Sicht der Professionellen eröffnen die biographischen Neukonstruktionen der Sterbenden einen bedeutsamen Sinn für ihr professionelles Handeln, da andere Zielorientierungen wie z.B. Inklusion in die Alltagswelt oder sogar Gesundung kaum herstellbar sind.

Das biographische Wissen der Sterbenden – eben die Fähigkeit zur biographischen Neukonstruktion – ist nicht, wie oben entfaltet, durch eine spezifische dramatische Lebenssituation begründet, sondern vielmehr Ausdruck spezieller organisationaler Arrangements professioneller Praxis. Hospize und Palliativstationen fungieren – trotz existierender struktureller Differenzen – als Heterotopien (vgl. Foucault 2006; sowie Heuer/Paul/Hanses 2014). Sie sind besondere, exklusive Orte in der Gesellschaft, die nicht nur Faszination ausüben, sondern eben in ihrer Exklusivität und relativen Abgeschlossenheit eigene Wirklichkeitskonstruktionen und spezifische Praxen hervorbringen und ermöglichen. Und so eröffnet die vorliegende Studie zu den „Konstruktionen des Sterbens“ eine weit über dieses Themengebiet hinausgehend bedeutsame Frage: Welche Organisationsweisen produzieren gegenwärtige Gesellschaften, mit welchen professionellen Konzepten, Praxen und Wissensordnungen? Noch weitreichender gefragt: Zu welchen Formen biographischer Konstruktionen und Subjektproduktionen führt dies und mit welchen Folgen? Insofern eröffnet gerade das Thema des Sterbens wichtige und grundlegende Fragen zum Verhältnis von Gesellschaft, ihren Organisationsweisen und ihren Subjekt-Produktionen.

Anmerkungen

- 1 Das DFG-geförderte Forschungsprojekt „Konstruktionen des Sterbens. Analyse biographischer und professioneller Perspektiven im Dienstleistungskontext“ unter der Leitung von Prof. Dr. Andreas Hanses und unter Mitarbeit der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen Dipl.-Päd. Kathleen Paul, Dipl.-Soz. Katrin Heuer sowie Dipl.-Päd. Lisa Janotta wurde von August 2010 bis August 2015 durchgeführt. Die Studie nahm eine Doppelperspektive ein, indem sie sowohl die biographischen Perspektiven der sterbenden Menschen als auch die professionellen Perspektiven der am Hilfeprozess beteiligten ExpertenInnen in verschiedenen institutionellen Kontexten untersuchte.
- 2 Medizinische Diagnosen können mit einem als bedrohlich erlebten Verlust biographischer Perspektiven einhergehen, wie z.B. im Kontext von Krebserkrankungen.
- 3 Alle Namen wurden anonymisiert.

Literatur

- Alheit, P. (2010): Identität oder „Biographizität“? Beiträge der neueren sozial- und erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung zu einem Konzept der Identitätsentwicklung. In: Griesse, B. (Hrsg.): *Subjekt – Identität – Person? Reflexionen zur Biographieforschung*. Wiesbaden, S. 219–249. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92488-5_11
- Alheit, P./Hanses, A. (2004): Institution und Biographie: Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen. In: Hanses, A. (Hrsg.): *Biographie und Soziale Arbeit. Institutionelle und biographische Konstruktionen von Wirklichkeit*. Baltmannsweiler, S. 8–28.
- Allert, R. (2015): Das Krankenhaus, ein Sterbeort 1. und 2. Klasse? In: *Das Krankenhaus*, 107. Jg., H. 5, S. 444–450.
- Ariès, P. (1993): *Geschichte des Todes*. 6. Auflage, München.
- Beck, U. (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Dreßke, S. (2005): *Sterben im Hospiz. Der Alltag einer alternativen Pflegeeinrichtung*. Frankfurt a.M.
- Foucault, M. (2006): Von anderen Räumen. In: Dünne, J./Günzel, S. (Hrsg.): *Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften*. Frankfurt a.M., S. 317–327.
- Goffman, E. (1973): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a.M.
- Gronemeyer, R. (2007): *Sterben in Deutschland: Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können*. Frankfurt a.M.
- Gronemeyer, R./Heller, A. (2014): *In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann*. München.
- Hahn, A. (1982): Zur Soziologie der Beichte und anderer Formen institutionalisierter Selbstbekenntnisse. Selbstthematisierung und Zivilisationsprozess. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 34. Jg., H. 3, S. 408–434.
- Hanses, A. (1999): Das Leiberleben als biographische Ressource in der Krankheitsbewältigung. Biographieanalytische Betrachtungen über den Leib bei Menschen mit Epilepsien. In: Alheit, P. (Hrsg.): *Biographie und Leib*. Gießen, S. 111–132.
- Hanses, A. (2008): Wissen als Kernkategorie einer nutzerInnenorientierten Dienstleistungsanalyse – eine heuristische Perspektive. In: *Neue Praxis*, 38. Jg., H. 6, S. 563–577.
- Hanses, A. (2016): Organisation und Biographie als Herausforderung professioneller Praxis. In: Busse, S./Ehlert, G./Becker-Lenz, R./Müller-Hermann, S. (Hrsg.): *Professionalität und Organisation*. Wiesbaden, S. 53–70. https://doi.org/10.1007/978-3-658-07334-3_4
- Hanses, A./Heuer, K./Paul, K. (2015): Zur Relevanz biographischer Neukonzeptualisierungen. Theoretische Perspektiven zu empirischen Ergebnissen aus einer Studie zu den

- „Konstruktionen des Sterbens“. In: Dörr, M./Füßenhäuser, C./Schulze, H. (Hrsg.): *Biographie und Lebenswelt. Perspektiven einer Kritischen Sozialen Arbeit*. Wiesbaden, S. 141–156.
- Hanses, A./Heuer, K./Janotta, L./Paul, K. (2015): Konstruktionen des Sterbens. Analyse zu den Herstellungsweisen des Sterbens in organisationalen Kontexten. In: *Neue Praxis*, 45. Jg., H. 2, S. 160–177.
- Hanses, A./Richter, P. (2009): Biographieforschung. In: Straß, K./Darmann-Finck, I./Böhnke, U. (Hrsg.): *Fallrekonstruktives Lernen. Ein Beitrag zur Professionalisierung in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit*. Frankfurt a.M., S. 63–82.
- Hanses, A./Richter, P. (2011): Die soziale Konstruktion von Krankheit. Analysen biographischer Selbstthematisierungen an Brustkrebs erkrankter Frauen und ihre Relevanz für eine Neubestimmung professioneller Praxis. In: Oelerich, G./Otto, H.-U. (Hrsg.): *Soziale Arbeit und Empirische Forschung. Ein Studienbuch*. Wiesbaden, S. 137–159. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92708-4_8
- Heuer, K./Paul, K./Hanses, A. (2014): Das Ende des Lebens. Sterben als Heterotopie. In: Löw, M. (Hrsg.): *Vielfalt und Zusammenhalt. Verhandlungen des 36. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Bochum und Dortmund 2012*. Frankfurt a. M., S. 545–562.
- Heuer, K./Paul, K./Hanses, A. (2015): Professionskonstruktionen in der Arbeit mit sterbenden Menschen. Einblicke aus einem Forschungsprojekt. In: Becker-Lenz, R./Busse, S./Ehlert, G./Müller-Hermann, S. (Hrsg.): *Bedrohte Professionalität*. Wiesbaden, S. 259–278.
- Hille, M.C. (2012): Die Produktivität des Erduldens. Eine Analyse von Lebensbewältigungsformen alter Männer mit Hilfe- und Pflegebedarf in Einrichtungen der stationären Altenhilfe anhand erzählter Lebensgeschichten. Dissertation. Dresden.
- Meuser, M./Nagel, U. (2009): Das Experteninterview - konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel, S./Jahn, D./Lauth, H.-J./Pickel, G. (Hrsg.): *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen*. Wiesbaden, S. 465–479.
- Müller, F./Schütte-Bäumner, C./May, M. (2014): Grenzen der Habitussensibilität oder wer bestimmt eigentlich, was Habitus-Sensibel ist? Anmerkungen zur Habitus-Konstruktion im Kontext der Patienten-orientierten Palliativversorgung. In: Sander, T. (Hrsg.): *Habitussensibilität. Neue Anforderungen an professionelles Handeln*. Wiesbaden, S. 147–174.
- Paul, K. (2009): Sterben als individuelle, professionelle und institutionelle Gestaltungsaufgabe. Professionelle Verortung Sozialer Arbeit im Bereich der Sterbebegleitung. In: Busse, S./Ehlert, G. (Hrsg.): *Soziale Arbeit und Region: Lebenslagen, Institutionen, Professionalität*. Berlin, S. 245–261.
- Paul, K./Heuer, K./Hanses, A. (2012): Sterben – Das Ende von Interaktionen in biographischen Selbstpräsentationen? In: Hanses, A./Sander, K. (Hrsg.): *Interaktionsordnungen – Gesundheit als soziale Praxis*. Wiesbaden, S. 259–277.
- Riemann, G. (1987): *Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten*. München.
- Schütze, F. (1984): Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In: Kohli, M./Robert, G. (Hrsg.): *Biographie und Soziale Wirklichkeit: Neue Beiträge und Forschungsperspektiven*. Stuttgart, S. 78–117. https://doi.org/10.1007/978-3-476-03188-4_5
- Thönnies, M. (2013): Sterbeorte in Deutschland. Eine soziologische Studie. Frankfurt a.M.
- Walker, A./Breitsameter, C. (2013): Ethische Entscheidungen in Hospizen. Ergebnisse einer qualitativen Studie in drei Hospizen in Nordrhein-Westfalen. In: *Ethik in der Medizin*, 25. Jg., H. 4, S. 301–313. <https://doi.org/10.1007/s00481-012-0217-5>