

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 Selbstthematizierungen 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 moderieren.

Schlagworte: Subjektstrukturen, 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-