

## Sterben als gesellschaftliches Thema – Zur Soziologie einer Bürgerbewegung

*Werner Schneider, Schloß Schney, 20.11.2017*

*(unveröffentlichtes Manuskript,*

*nicht zitierfähig und nicht zur Weitergabe bestimmt, Literaturhinweise beim Verfasser)*

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr über die heutige Einladung und möchte mich bei den Organisatoren für die Möglichkeit bedanken, hier sprechen zu dürfen. Der Titel klingt recht allgemein – der Untertitel klingt etwas bedrohlich nach Soziologie. Aber keine Angst! Ich möchte die Gelegenheit nutzen, mich im Folgenden **aus soziologischer Perspektive** der Frage nach der gesellschaftlichen Rolle der Hospizbewegung als Bürgerbewegung zu widmen, und zwar vor dem Hintergrund einer zunehmenden Institutionalisierung... – ja von was eigentlich? – ... der Institutionalisierung der ehrenamtlichen Hospizarbeit, genereller der Versorgung und Begleitung von Sterbenden und ihrer Angehörigen, gar der (Neu-)Institutionalisierung des Sterbens?

Eigentlich bin ich jetzt schon mitten ins Thema reingerutscht – zumal es mir nicht nur um die aktuelle, sondern auch um die zukünftige Situation von Hospiz als Bürgerbewegung geht:

**Hospizarbeit und Hospizbewegung in der Gesellschaft von morgen?** Das ist insofern eine schwierige Aufgabe, als die Soziologie leider nicht in die Zukunft blicken kann, also eigentlich über die Gesellschaft von morgen nur soweit reden kann, als sich aus der aktuellen Situation mögliche zukünftige Entwicklungen erkennen lassen.

Ich habe mir **drei Fragen** gestellt, die ich im Weiteren bearbeiten möchte:

1. Einstieg: Was kennzeichnet Hospizarbeit als ehrenamtliche Praxis heute (und morgen)?
2. Welche Bedeutung kommt ‚Hospiz‘ in der ‚Zivilgesellschaft‘ zu?; – einer Gesellschaft, die sich insgesamt in ihren Grundfesten ebenso wie in ihrem Umgang mit Sterben und Tod radikal verändert.
3. Welche Zukunftsperspektiven eröffnen sich für ‚Hospiz‘ als Bürgerbewegung und für die Hospizarbeit von morgen (zwei Beispiele)?

Bsp. 1 Sorgeskultur(en) und Sorge-Gemeinschaften (Caring Communities)

Bsp. 2 Pflegeheime – Next Generation

Schluss

Noch als Vorbemerkung: Meine Ausgangsannahme für die folgenden Überlegungen lautet: **Wir leben bereits seit 30-40 Jahren in der heraufziehenden Gesellschaft von morgen**, die nicht mehr identisch ist mit derjenigen, die wir – **gestern** – im 20. Jahrhundert noch vor Augen gehabt haben. Mehr noch: **Wir denken noch oft in den alten, gestrigen Kategorien und vertrauen noch häufig auf längst überholte gesellschaftliche Lösungsmuster**, statt uns den aktuellen Problemen und Herausforderungen mit neuen Kategorien und Strategien zuzuwenden. Die Hospizbewegung ist für mich als Soziologen dabei besonders interessant, denn: **Die Hospizbewegung ist ein wesentlicher Teil dieses radikalen gesellschaftlichen Umbruchs seit den 1980ern – sie hat ihn mitgestaltet und ist mittlerweile selbst mit den Folgen dieses Wandels konfrontiert**. Es lohnt sich also, hier genauer hinzuschauen.

### Zu 1.: Hospizarbeit als ehrenamtliche Praxis – aktuelle (und zukünftige) Kennzeichen

Ich schildere in meinem **ersten Schritt** kurz zusammenfassend, was ich über die **aktuelle Praxis von Hospizarbeit** von den Praktikern gelernt habe. Ich fasse mich deshalb kurz, weil ich hier den Teilnehmenden an dieser Veranstaltung nicht ausführlich schildern muss, was den Hospizalltag, den viele ja bestens kennen, charakterisiert, aber interessant erscheint mir, dass sich in dieser ‚Gegenwartsskizze‘ bereits mögliche Entwicklungslinien für die Zukunft andeuten.

Für die **Hospizbewegung in den 1980ern** waren die Programmatik und das Grundanliegen, die Frontlinien und Aktionsfelder weitgehend klar: Die Aufgabe bestand darin, **das Sterben und damit den Sterbenden mit seinen Angehörigen aus jenem gesellschaftlichen Dunkel zu holen**, in das sie mit dem umwälzenden Erfolg des medizinisch-naturwissenschaftlich dominierten Gesundheitsregimes in der modernen Gesellschaft geraten waren. In den 1950-70ern war das Sterben in der Klinik als ein möglichst lange hinauszuschiebender, aber letztlich unvermeidlicher Betriebsunfall des modernen Gesundheitssystems, das es zu kaschieren galt. Das Sterben im Altenheim war ein langsames, langes soziales Sterben, welches sein physisches Ende in der Regel ebenfalls in der Klinik (oder im Heim) fand. Dagegen stand die hospizliche Programmatik eines anderen, eines insofern **‚guten‘ Sterbens**, als die Wünsche, Bedürfnisse, Bedarfe der Sterbenden und ihrer Angehörigen zur Geltung kommen sollten, ein Umbau der ‚Sterbe-Institutionen‘ und damit letztlich auch ein Wandel der Gesellschaft im Umgang mit Sterben und Tod anzustreben war.

Im Sinne dieser Programmatik ist die **Hospizbewegung heute mitten in der Gesellschaft** angekommen. Und gerade deshalb erscheint Hospizpraxis heute weit weniger durch solche Eindeutigkeiten und Klarheiten gekennzeichnet. **Kurz gesagt**: Aus den ehemals klaren

Fronten, die sich aus der gesellschaftlichen Randstellung einer startenden Bürgerbewegung ergeben haben, ist nun **eine komplexe, diffuse Entwicklungsdynamik mit all ihren Unsicherheiten, Ungewissheiten und Widersprüchen im ‚gesellschaftlichen Mittendrin‘** geworden. Wobei schon jetzt festzuhalten ist: Die **Veränderungen und Umbrüche**, die die Hospizarbeit derzeit erlebt, sind selbst schon **ein markantes Zeichen für die Lebendigkeit von Hospiz als Bürgerbewegung**, die eben nicht einschläft oder gar verschwindet, weil das Thema Sterben und Tod in der Mitte der Gesellschaft angekommen ist.

In diesem Sinne sind folgende **aktuelle Merkmale** sowohl als ‚akute Problembereiche‘ wie als Herausforderungen oder gar Chancen für die Zukunft zu sehen:

1. **Derzeit erfolgt ein altersbedingter Generationenwechsel** in der Hospizbewegung, mit dem wertvolles Erfahrungswissen verloren zu gehen droht, der aber auch mit einem **vielschichtigen organisationalen Wandel des Ehrenamts in den Hospizeinrichtungen** einhergeht.
2. Dieser ist eng verbunden mit der Notwendigkeit und(!) Chance zu einem grundlegenden Umbau ehrenamtlicher Strukturen, weil sich auch insgesamt die Motivationen, Interessen, Lebenslagen und Ressourcen von zivilgesellschaftlich Engagierten grundlegend verändert haben – Stichwort: **Neues Ehrenamt**.
3. Das **Ausmaß an und die Vielfalt der Anforderungen an das ehrenamtliche Engagement** im Hospizbereich hat **deutlich zugenommen und wird weiter zunehmen** – z.B.:
  - verschiedene funktionale Erweiterungen in den Tätigkeitsbereichen wie etwa von der Sitzwache in der Sterbebegleitung hin zu komplexen Tätigkeitsfeldern des Lebenshelfers am Lebensende für Sterbende und Angehörige;
  - steigende ‚Wissensanforderungen‘ in der hospizlichen Begleitung von Menschen mit Behinderung, mit Demenz oder beim Engagement in Pflegeheimen usw.;

Generell ist erkennbar: Das Ehrenamt in der Hospizarbeit ist heute deutlich breiter aufgestellt als in den ersten Jahrzehnten der Hospizbewegung und soll sich in diese Richtung weiterentwickeln, gleichwohl soll und kann es nicht zu einem allumfassenden Service-Dienstleister und Wunscherfüller am Lebensende werden.

4. Das **Verhältnis von Haupt- und Ehrenamtlichkeit** wandelt sich grundlegend – d.h.: die hauptamtliche Koordinationsarbeit erfordert immer mehr die generalisierend ausgerichteten Kompetenzen eines Case Managers und eines nach innen wie nach außen sensiblen Organisationsentwicklers, während bei den Ehrenamtlichen zunehmend die unterschiedlichsten Mischungen von verschiedenen Alltagskompetenzen und speziellen professionellen Fachwissensbeständen gefragt

sind. Das bietet weit jenseits der schon immer irreführenden Klischees von hauptamtlichen Profis und ehrenamtlichen Laien jede Menge an Zündstoff für Konflikte und Verwerfungen sowohl im Außenverhältnis von Hospizeinrichtungen wie auch in den Binnenbeziehungen von bspw. Hospizdiensten mit der Frage: ‚Wem gehört eigentlich der Hospizdienst – den Haupt- oder Ehrenamtlichen?‘

5. Über all den genannten Punkten schwebt gleichsam die **Gefahr von wachsenden unterschiedlichen Wertigkeiten in der ehrenamtlichen Arbeit** – z.B. indem verschiedene sich differenzierende Funktionen unterschiedliche Bedeutungen und Bewertungen erhalten, damit aber auch ‚richtige‘ Hospizler von Helfern und ‚Hilfshelfern‘ unterscheidbar werden, Profis von Dilettanten, wertvolleres und weniger wertvolles Engagement entsteht oder ganz im Sinne von Qualitätsmanagement schließlich gute, weniger gute und schlechte hospizliche Arbeit identifiziert wird.
6. Hinzu kommt: Bei der gewünschten Freiheit, Freiwilligkeit und Offenheit von Ehrenamtlichkeit und der zunehmenden gesellschaftlichen Pluralität sind **bei den Ehrenamtlichen divergierende Werthaltungen** ‚unterhalb‘ der abstrakten Leitwerte von Mitmenschlichkeit, Ganzheitlichkeit und sorgende Orientierung am Sterbenden/an den Angehörigen unvermeidlich. Mit dieser zu erwartenden Werte-Heterogenität (z.B. bis hin zu unterschiedlichen Positionen zum Thema Sterbehilfe u.a.) ist dann im internen Austausch der Hospizakteure so umzugehen, dass Vielfalt möglich ist, ohne eine gemeinsame Basis zu verlieren.
7. Die bisher genannten **Punkte 1-6 zur aktuellen Problematik des Ehrenamts im Hospizbereich** sind eingebunden in einen **allgemeinen gesellschaftlichen Diskurs zu Ehrenamtlichkeit**, der **zwischen verschiedenen, teilweise widersprüchlichen normativen Bezugspunkten** changiert – z.B.: Das Ehrenamt soll heute einerseits durch eine klare Profilbildung, durch konkrete Tätigkeitsbeschreibungen oder gar ‚Zielvereinbarungen‘, aber auch durch Wissens- und Kompetenzvermittlung geschützt und genutzt, aber nicht staatlich ausgenutzt werden. Gleichzeitig soll es in seiner Freiheit, Freiwilligkeit, Offenheit und Spontaneität unbeschnitten bleiben. Es soll gesellschaftlich nicht vereinnahmt werden (z.B. als Kostenspar-Faktor), und dennoch gesellschaftlich bedeutsam bleiben oder noch bedeutsamer gemacht werden (z.B. indem es stärker als bisher in beruflich organisierte institutionelle Handlungsfelder eingebunden wird und dort nicht nur zur Unterstützung dienen, sondern auch als ‚Korrektiv‘ zum Aufdecken von Missständen wirken soll).

Es ist wichtig, bei allen genannten Punkten zu bedenken: **1) Wir reden, wenn wir ‚Hospiz‘ sagen, immer noch vom freiwilligen, nicht-beruflich organisierten Ehrenamt**, für das

,Menschen von nebenan‘ gewonnen werden sollen und damit die breite **Basis von Hospiz als Bürgerbewegung** sichergestellt wird. **2)** Erkennbar sind die Kennzeichnungen vor allem verbunden mit **gesellschaftlich bestimmten und organisational produzierten Problemen, Widersprüchen und Konflikten**, hinter denen zum einen – erfreulicherweise – der über den Zeitverlauf erzielte **Erfolg der Hospizbewegung** steht. Zum anderen und eng damit verbunden deutet sich darin auch der **radikale soziale Wandel** an, der spätestens **seit den 1980ern sowohl ganz allgemein die Grundfesten der Gesellschaft des 20. Jahrhunderts** als auch konkret ihren **Umgang mit Sterben und Sterbenden** betraf.

## Zu 2.: Zur ‚zivilgesellschaftlichen‘ Bedeutung von Hospiz:

Ich komme zu meinem **zweiten Schritt: Welche Bedeutung kam und kommt ‚Hospiz‘ in der sich wandelnden ‚Zivilgesellschaft‘ zu?** Dazu möchte ich ein kurzes, grobes Gesamtgemälde zur Frage skizzieren, in welcher Gesellschaft wir heute eigentlich leben. Die schon eingangs angedeutete Antwort lautet: Wir leben nicht mehr in der Gesellschaft, in der wir häufig noch denken und auch immer noch unsere Lösungsmuster für Probleme suchen.

Ich meine damit Folgendes: Die **Blaupause von ‚guter Gesellschaft‘**, die noch häufig in unseren Köpfen hängt und in vielen Institutionen (z.B. sozialstaatlichen Regelungen vom Ehegattensplitting bis zur Rente) verankert ist, stammt aus der zweiten Hälfte des **20. Jahrhunderts als Effekt der Durchsetzung der modernen Industriegesellschaft**. Ihre zentralen **Eckpfeiler** waren:

- über **Demokratie** und(!) **Markt** gesichertes **wirtschaftliches Wachstum**;
- damit einhergehend **allgemeiner Wohlstand** und **uneingeschränkter Fortschrittsglauben**;
- basierend auf folgendem **institutionellen Dreieck**, welches **das ‚gute Leben‘** für alle garantieren sollte:
  - **männlich dominierte Erwerbsarbeit im Normalarbeitsverhältnis** (finanzielle Sicherung und gesellschaftliche Teilhabe des Mannes, seiner Frau und der Kinder über die Erwerbstätigkeit des Mannes);
  - **Leben in der bürgerlichen Kleinfamilie mit der weiblichen Sorge** um Haushalt, Erziehung der Kinder, Pflege von Angehörigen etc. (gesellschaftliche und individuelle Reproduktion im Privaten);
  - **kollektive Sicherung bei existenziellen Lebenskrisen** (Arbeitslosigkeit, Krankheit etc.) durch den **Sozialstaat**.

**Wie wurde in dieser modernen Gesellschaft gestorben?** So, wie oben schon kurz angedeutet: Man starb in der für die Lebenserhaltung, für den Kampf gegen lebensverkürzende Krankheiten so erfolgreichen modernen Klinik. Auch wenn in dieser Schematik von Versorgt-Sein durch männliche Erwerbsarbeit und weiblicher Sorge für die ‚nahen Anderen‘ (z.B. bei Krankheit) für das ‚gute Leben‘ in der Privatheit der bürgerlichen Kleinfamilie kennzeichnend war, so wurde das Sterben dennoch hospitalisiert. In der Institution Krankenhaus wurden Sterbende (und ihre Angehörigen) jedoch beiseite geschoben. Denn das Gesundheitssystem des 20. Jahrhunderts – zuständig für die umfassende Bekämpfung und Vermeidung von Krankheit – hat mit seinem Erfolg dem modernen Menschen ein Alltagsleben in der Haltung ‚potentieller Unsterblichkeit‘ über ein ganzes langes und immer länger werdendes Leben hinweg ermöglicht – mit der Folge, dass in diesem System chronisch Kranke und insbesondere Sterbende nur noch als Störfall galten.

Die Kritik an diesem Sterben markiert zwar einen wesentlichen Startpunkt der **Hospizbewegung**, ihre große gesellschaftliche Resonanz und ihr Organisationserfolg als Bürgerbewegung steht jedoch auch in einem Zusammenhang mit den **gesellschaftlichen Veränderungen, die sich in Deutschland insbesondere ab den 1970/80er Jahren immer deutlicher abzeichneten.**

Zu nennen sind:

- Zwar ist die modernisiert-moderne Gesellschaft des 21. Jahrhunderts, wie wir sie heute kennen und in der wir heute leben und sterben, noch immer – Gott sei Dank! – um ‚**Demokratie**‘ und(!) ‚**Marktwirtschaft**‘ zentriert. Aber beides gerät aufgrund verschiedener Entwicklungen und aus unterschiedlichen Richtungen seit den 1990ern zunehmend unter **Rechtfertigungsdruck** (insbesondere aufgrund der Verschiebungen von Steuerungsmacht weg von der Politik und hin zur Wirtschaft – Stichwort ‚Neo-Liberalismus‘).
- Umfassender **ökonomischer Wandel** infolge von Beschleunigung und weiterer Differenzierung in allen wirtschaftlichen Prozessen (Arbeitsteilung) durch Globalisierung sowie Entgrenzung von Erwerbsarbeit bei gleichzeitiger Verknappung durch zunehmende Automatisierung und Digitalisierung;
- Der moderne **Fortschrittsglauben** und der ehemals als zwingend gedachte Konnex des Zusammenspiels von Demokratie / Markt hin zu einem **gesicherten wirtschaftlichen Wachstum mit Wohlstand für alle** ist mittlerweile einer grundlegenden Debatte um die **Kosten und Grenzen wirtschaftlichen Wachstums** auch und vor allem vor dem Hintergrund zunehmend als **illegitim erachteter sozialer Ungleichheiten** gewichen.

- Zu nennen ist vor allem auch die **radikale Individualisierung** sowie **lebensweltliche Entbettung** der Menschen seit den 1980ern, und zwar in allen Lebensbereichen und in allen Lebensphasen (z.B. grundlegender Wandel im Alter, in den Altersbilder bis hin zu verschiedenen Altersphasen: junge Alte, Hochbetagte);
- Ebenso zu nennen: die Durchsetzung einer **umfassenden Gesundheitsgesellschaft** (Steigerung der individuellen Lebensqualität) mit der normativen Vorgabe zur ‚grenzenlosen‘ Selbstoptimierung; dabei vor allem auch: Sterben als letzte, ‚individuell‘ zu gestaltende Lebensphase (als Folge der Kritik am modernen Sterben im Krankenhaus und Altenheim), womit Sterben nicht mehr einfach so ‚geschieht‘, sondern zunehmend riskanter wird (d.h. zur permanenten Entscheidungsarbeit für diejenigen wird, die darin involviert sind, um ein möglichst ‚gelingendes‘ Sterben zu gewährleisten).

D.h.: **Immer deutlicher erkennbar werden die Konturen von Leben und Sterben in der Gesellschaft des 21. Jahrhunderts**, indem jene zentralen Fundamente und Eckpfeiler der durchgesetzten industriegesellschaftlichen Moderne in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts sich grundlegend verändern, sich weiter ‚modernisieren‘.

- Vor allem aber hat sich jenes oben skizzierte **institutionelle Dreieck**, welches nach den Vorstellungen des 20. Jahrhunderts das ‚gute Leben‘ begründen sollte, **grundlegend verändert** oder ist mittlerweile gar **verschwunden**:
  - o Statt männlich dominierter Erwerbsarbeit im Normalarbeitsverhältnis findet sich nicht nur die zunehmende **Prekarisierung** von Arbeitsverhältnissen, sondern ist vor allem auf die **Hegemonie des Adult Worker Models** (das nach der Ausbildung ‚lebenslang‘ und ausschließlich erwerbstätige Individuum) zu verweisen, mit dem Erwerbsarbeit bzw. die Erwerbsrolle – als Sinnerfüller und aus ökonomischer Notwendigkeit – ins Zentrum jeglicher Lebensentwürfe von Männern und Frauen gestellt wird. Und das scheinbar umso mehr, je umfassender der **technologisch-digitale Umbau der Arbeitswelt** erfolgen wird, mit dem immer mehr sinnvolle, anspruchsvolle, erfüllende menschliche Arbeit zum ‚knappen Gut‘ für Wenige werden wird. Parallel dazu breitet sich ein zunehmend entgrenzter Arbeitsbegriff auf immer mehr Lebensbereiche des umfassend individualisierten Individuums aus (dazu weiter unten mehr). Diese bedeutet insgesamt: **Unser gesamtes Verständnis von (lebenslanger) Erwerbsarbeit im Sinne von ‚Lohnarbeit‘ wird sich grundlegend wandeln (müssen)** (worauf nicht zuletzt Diskussionen von der ‚Sozialisierung der Gewinne durch Roboter-/KI-Arbeit‘ bis hin zum ‚bedingungslosen Grundeinkommen‘ bereits heute hindeuten).

- Dem zur Seite steht das **Verschwinden der bürgerlichen Kleinfamilie mit ihrer strikten Geschlechter-Schematik von männlicher Versorgungsleistung durch Erwerbsarbeit und weiblichem Sorgen**. Pluralisierung und Heterogenisierung von gelebten Lebensformen und gewünschten Lebensentwürfen sind hierzu ebenso wichtige Stichworte wie bspw. der Verlust von hinreichenden ‚Familienlöhnen‘, die für viele Menschen nicht mehr mit einem einzigen Beschäftigungsverhältnis zu erzielen sind. Die in diesem Zusammenhang immer noch und vor allem als Frauen(emanzipations)problem geführte gesellschaftliche Diskussion um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wirkt vor diesem Hintergrund kurzfristig und ‚veraltet‘. Mehr noch: Bei all den Debatten um den Wandel von Familie bzw. Lebensformen insgesamt steht im Kern die Grundsatzfrage: **Welche Formen von verlässlicher, auf Dauer gestellter Gemeinschaft braucht diese Gesellschaft in Zukunft bzw. welche werden überhaupt noch gelebt werden können?**
- Als dritte zentrale Entwicklung, die seit der Jahrtausendwende deutlich an Kontur gewonnen hat, ist der vieldiskutierte **Umbau der sozialen Sicherungssysteme** zu nennen. Die Richtung lautet: Weg vom fürsorgenden, sichernden, auf sozialen Ausgleich zielenden Sozialstaat mit kollektivierter Risikoabsicherung und hin zu einem aktivierenden, auf individuelle Vorsorge und Eigenverantwortung gerichteten Sicherungsregime, das den Einzelnen mit seinen Ressourcen, Fähigkeiten, Kompetenzen ebenso wie Defiziten, Versäumnissen in den Mittelpunkt rückt. Dem entsprechend geht es für den Einzelnen und für die Gesellschaft mit und nach diesem Umbau um die marktkonforme Optimierung des Humankapitals und um eine rationale Lebensführung nach dem **Modell des individualisierten Marktsubjekts**, dem ‚**lebensweltlichen Pendant‘ des Adult Worker Models**. Gerade dieses, in den letzten Jahrzehnten dominant gewordene Modell produziert gleichsam als Desiderat die Frage nach dem Sorgen: **Wie kann in einer solchen Gesellschaft die Frage des wechselseitigen Sich-um-den-Anderen-Sorgens gestaltet und institutionalisiert werden?**

Dazu ein kurzer, plakativer Blick auf das Lebensende: Das **neue, andere Sterben in der marktorientierten Gesundheitsgesellschaft des 21. Jahrhunderts** konturiert sich wie folgt: Trendforscher und Gesundheitsexperten sprechen schon jetzt von einer ‚Gesundheitsgesellschaft‘, in der sich der Patient, ehemals ‚der Kranke‘, nun zunehmend zum Klienten bzw. Kunden verwandelt. Er soll durch aktive Teilhabe am ‚Gesundheits-Markt‘



Lebensqualität (Gesundheit, Fitness, Wellness etc.) nachfragen, aus den vielfältigen – präventiven, kurativen oder einfach nur erlebnisorientierten – Angeboten möglichst selbstbestimmt wählen und vor allem konsumieren. **Verheißen wird dabei keineswegs ‚nur‘ Gesundheit im Sinne von ‚Nicht-Krank-Werden‘, sondern gleichsam unbegrenzt steigerbare Lebensqualität** im Sinne von noch besser, noch fitter, noch leistungsfähiger. Von der Expansionslogik dieser scheinbar unbegrenzten Lebens-Optimierung bleibt letztlich auch das Lebensende nicht verschont: Es geht um **Lebensqualität bis zum Lebensende, um die Maximalisierung des Lebens bis zum letzten Atemzug.**

Grundsätzlicher formuliert geschieht Sterben im 21. Jahrhundert nicht mehr einfach so als Versagen des Gesundheitssystems, d.h. man stirbt nicht mehr einfach so, sondern **Sterben wird ‚gemacht‘: Es muss gesellschaftlich organisiert, aktiv gestaltet und vom Individuum vorsorglich bedacht, besprochen, geplant** werden. Ja mehr noch: Das vermeintlich freie Markt-Subjekt soll an seinem Lebensende aus den vorhandenen Optionen individuell zusammenstellen können, wie, wo und womöglich gar wann es stirbt bzw. sterben möchte. Diese neue – in dieser Form selbstverständlich noch überzeichnet wirkende – gesellschaftliche Konturierung des Sterbens lässt sich allerdings schon jetzt mit folgenden drei Punkten empirisch plausibilisieren:

1. Wir leben mittlerweile in einer Gesellschaft, in der wir durch **öffentliche Diskurse** unentwegt und anhand verschiedenster Themen mit dem **richtigen Umgang mit Sterben und Tod, mit Sterbenden und Toten** vertraut gemacht werden (sollen) – z.B. von Organtransplantation über Patientenverfügung bis zu Sterbehilfe.
2. Das Lebensende, **das eigene Sterben, die Sorge um den eigenen Tod wird in diesen öffentlichen Diskursen häufig gleichsam als ein ‚Projekt‘** konzipiert, welches vor allem selbst (**selbstbestimmt, vorsorglich, eigenverantwortlich** etc.) zu gestalten ist.
3. Hierzu entwickelt sich eine **finale ‚Sorgekultur‘** zum ‚eigenen Lebensende‘ mit entsprechenden institutionell-organisationalen Handlungsfeldern der ‚guten‘ Versorgung und Begleitung von Sterbenden (**das ‚gute‘ Sterben**).

Entlang dieser Entwicklungen erfolgt seit den 1980ern eine **umfassende gesellschaftliche Neu-Ordnung des Lebensendes**, gekennzeichnet durch eine – soziologisch formuliert – **Neu-Institutionalisierung des ‚guten‘ Sterbens** in den letzten 20-30 Jahren. Ihr Effekt ist vor allem eines: **Dieses ‚gemachte‘ Sterben wird auch zunehmend riskanter. Sterben wird zur permanenten Entscheidungsarbeit für diejenigen, die darin involviert sind: für den Sterbenden selbst, seine Angehörigen, für die umgebenden versorgenden, betreuenden, begleitenden Sterbearbeiter.** Während im gesamten Leben des individualisierten Individuums in der heutigen Gesellschaft vieles entschieden, manches neu organisiert und

gestaltet werden muss – z.B. eine falsche Berufsentscheidung durch eine Umschulung, eine unglückliche Ehe durch Scheidung und Neuverheiratung usw. – kann beim Sterben nichts rückgängig gemacht oder neu versucht werden. Es gibt nur einen Versuch. Deshalb gilt es umso mehr, möglichst ‚gut‘ zu sterben, weniger nur für den Sterbenden selbst, sondern vor allem für die Angehörigen, die weiteren Beteiligten, für ‚die Gesellschaft‘, die sich dem ‚guten Sterben‘ verschrieben hat.

Die **Erfolgsgeschichte Hospiz** (und damit auch von Palliativmedizin und -pflege) ist ein zentraler Bestandteil dieses veränderten Umgangs mit dem zunehmend riskanter werdenden Sterben und mit dem Sterbenden bzw. seinen An- und Zugehörigen. Und die **Hospizbewegung** stieß sicherlich auch deshalb auf eine so große gesellschaftliche Resonanz, weil sie eine **eigene, markante Antwort auf das Verschwinden jenes institutionellen Dreiecks** des ‚guten Lebens‘ im 20. Jahrhundert gab und gibt, womit jetzt im 21. Jahrhundert immer deutlicher die offene **Frage nach der Sorge-Arbeit** in den Vordergrund rückt.

Dazu kurz als Erläuterung: Die Antwort auf die Frage nach dem ‚guten Sterben‘, wie es im **Hospizbereich** als Kernbestandteil von **Hospizkultur** bislang erkennbar ist und wie es ‚organisiert‘ werden soll, lässt sich bekanntlich wie folgt zusammenfassen:

1. Das ‚gute‘ Sterben steht unter dem Primat der ‚**Ganzheitlichkeit**‘ als Wechselwirkung der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen des Sterbens.
2. Im Zentrum steht die **Orientierung an den Bedarfen und Bedürfnissen der Patienten und deren Angehörigen.**
3. Hospizarbeit ist charakterisiert durch **organisationale Offenheit und Vernetzung.**
4. Für die Hospizpraxis beim Patienten vor Ort **verbindet sich haupt- und ehrenamtliche Arbeit.**
5. Hospizarbeit basiert in der Breite auf **freiwilligem bürgerschaftlichem Engagement.**

Entscheidend für diese Kennzeichnung von **Hospizkultur** ist, dass mit ‚Hospiz‘ nicht ein spezifischer Ort des Sterbens bezeichnet ist. Vielmehr ist damit eine Haltung gemeint, nach der die zu gewährende Hilfe und Unterstützung für Sterbende und Angehörige vorbehaltlos erfolgt und die gegenüber den Adressaten in ihrem normativen Gehalt als ‚**grenzenlose lebensstilbezogene Offenheit**‘ (‚Offenheit für alle‘) gekennzeichnet werden kann, in der die Individualität der Betroffenen (der Sterbenden und ihrer Angehörigen) zum Vorschein kommen kann. Dabei geht es um Selbstbestimmung dort, wo sie gewünscht wird, und um Verantwortungsübernahme für den Anderen dann, wenn sie angefragt wird. Komplettiert wird diese lebensstilbezogene Offenheit im Blick auf den Sterbenden und seine Angehörigen durch eine ebenso **programmatische institutionelle Offenheit**. Ihr zufolge ist das ‚gute‘ Sterben in alle institutionellen Bereiche zu tragen, in denen gestorben wird, überall dorthin,

wo man mit Todkranken, Sterbenden und ihren An-/Zugehörigen betraut ist: in Kliniken, Pflege- und Altenheimen bis hin zu Gefängnissen, Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder der Behindertenhilfe.

Das **programmatische Schlagwort von der Hospizkultur** versteht sich dabei – ganz im Sinne einer Bürgerbewegung – als eine Botschaft ‚an die Gesellschaft‘, die über Hospiz, das Lebensende bzw. den Bereich des Sterbens hinausweisen soll. Hospizkultur ist nicht nur als ‚Hospizkultur‘ zu verstehen, sondern vor allem als ‚**Kultur der Gesellschaft**‘. Die exemplarisch für das Sterben formulierte, aber weiter greifende Botschaft lautet: Menschen dürfen und können in dieser Gesellschaft in für sie existenziellen Krisen- und Grenzsituationen generell vorbehaltlose Hilfe und Unterstützung durch andere erwarten (dem entsprechend zeit sich z.B. seit 2015 in der sogenannten ‚Flüchtlingskrise‘ ebenso entsprechendes ehrenamtliches Engagement). **Und für das ‚Wie‘ – wie diese Botschaft praktisch umzusetzen ist – gilt als 6. Kennzeichen: Die Aufgabe der Entwicklung einer Sorge-Kultur und damit von sorgenden Gemeinschaften und ‚Sorge-Netzwerken‘ im ‚dritten Sozialraum‘**, wie von Klaus Dörner, Andreas Heller, Thomas Klie u.a. argumentiert wird. Mit den englischen Formulierungen von ‚caring communities‘ und ‚compassionate cities‘ ist gleichzeitig auch die in dieser Perspektive enthaltene Regionalisierung, die Vernetzung vor Ort in den Kommunen sowie die möglichst direkte Kommunikation und Zusammenarbeit der Menschen in ihren eigenen sozialen Bezügen im Rahmen eines ‚Bürger-Profi-Mix‘ zum Ausdruck gebracht. Dazu im nächsten Schritt mehr...

### **Zu 3.: Zur Zukunft von Hospiz – als Hospizarbeit und als soziale Bewegung – in der Gesellschaft von morgen**

Ich komme mit diesen letztgenannten Schlagworten zur Frage nach der **Zukunft von Hospiz als Hospizarbeit und als Bürgerbewegung in der Gesellschaft von morgen**.

Die Hospizbewegung ist bekanntlich nach ihrer Pionierphase in die Konsolidierungsphase gekommen, und sie befindet sich jetzt in einer entscheidenden Transformationsphase – Stichwort Generationenwechsel etc. (siehe dazu oben unter 1.) Ja, vielleicht ist es mittlerweile gar nicht mehr angebracht, unhinterfragt von ‚der‘(!) Hospizbewegung zu sprechen, weil die in der Bewegung jetzt schon erkennbare Heterogenität sicherlich noch zunehmen wird. Das muss aber kein Nachteil sein, sondern kann vielmehr als Chance gesehen werden, weiterhin über **soziale Innovationskraft** zu verfügen und als eine Art **gesellschaftliches Zukunftslabor** zu fungieren, insoweit als Hospiz weiterhin eine **Bürgerbewegung** (bzw. besser: eine soziale Bewegung) bleibt. Denn auch wenn in dieser

Gesellschaft viel von technologischen Innovationen die Rede ist, mindestens ebenso wichtig und vielleicht sogar noch dringender benötigt sind **soziale Innovationen**.

**Soziale(!) Innovationen** im Bereich von Gesundheit bzw. in der Versorgung und Begleitung am Lebensende können sich auf **drei Ebenen** entfalten:

- auf der Ebene der konkreten primären Nahbeziehungen im Privaten;
- auf der organisatorischen Ebene der Zusammenarbeit von hauptberuflichen medizinisch-pflegerischen Experten und zivilgesellschaftlichen Akteuren wie bspw. ehrenamtliche Hospizmitarbeiter u.a. in speziellen, neu zu schaffenden institutionellen Rahmen (Stichworte: Bürger-Profi-Mix, dritter Sozialraum);
- auf der kommunalen (gesellschafts-)politischen Ebene als umfassende Aktivierung der Zivilgesellschaft z.B. für das Thema Lebensende im Sinne von Versorgung, Betreuung und Begleitung in Sorggemeinschaften und im Rahmen einer umfassende Sorgkultur, so dass die Kommune, die Region generell an (zivil)gesellschaftlicher Relevanz gewinnt.

Diese Frage nach sozialen Innovationen im Zusammenhang mit Hospiz als Bürgerbewegung soll im Folgenden – anhand von **zwei Beispielen** – kurz diskutiert werden.

#### **Beispiel 1: Sorgkultur(en) und Sorge-Gemeinschaften (Caring Communities)**

Mit der Idee der **Sorge-Kultur und der sorgenden Gemeinschaften und Netzwerke** versucht Hospiz nichts weniger als eine Antwort zu finden auf **die Frage, WIE das Zusammenleben in der heutigen Gesellschaft neu organisiert und neu gestaltet werden kann, wenn doch die bisherigen Fundamente und Eckpfeiler des Zusammenlebens in der modernen Gesellschaft weitgehend im Verschwinden begriffen** sind. Das ist ein hoher Anspruch, und er wird nicht einfach zu erfüllen sein, weil

- 1) die **moderne Antwort auf diese Frage** bislang bzw. bis in das 20. Jahrhundert lautete: **Arbeitsteilung und ein Kollektivbewusstsein, welches sich auf Wohlstand, Fortschritt, Wachstum** gründete;
- 2) die **heutige Antwort** auf die Frage des guten Zusammenlebens im 21. Jahrhundert immer noch lautet: weitere **Arbeitsteilung** in differenzierten Organisationen und ein Kollektivbewusstsein, welches sich auf einen radikalen **Individualismus** über sämtliche Lebensphasen und -spannen hinweg gründet und wo Gemeinschaft nur noch als nachmoderne netzwerkbasierte ‚**Wahlvergemeinschaftung**‘ gelebt werden kann. Oder anders formuliert: Hospiz als freiwilliges Unterstützungsangebot an Menschen in existenziellen Krisensituationen, die das Angebot selbstbestimmt und freiwillig annehmen oder ablehnen, also auch nicht in Anspruch nehmen können,

funktioniert genau deshalb, weil Hospiz eben **nicht** die **sorgende ‚Zwangs-Gemeinschaft‘** sein kann und will, wie sie ehemals **die Familie** darstellte. Hospiz als ehrenamtliche Praxis und als Bürgerbewegung gründet vielmehr auf der **institutionellen Balance von Nähe und Distanz zu den privaten Lebenswelten und primären Beziehungsmustern**, die die **eigene Familie** nicht haben kann und die ein beruflich dominiertes **Gesundheitssystem** mit seiner Dominanz von beruflicher Professionalität ganz anders gestalten muss. Hospiz ist gleichsam **die ‚hybride Gemeinschaft‘ von Freiwilligkeit, Wahl und Verlässlichkeit, Sicherheit – und damit ein ‚institutionelles Zwischending‘** zur Bewältigung von existenziellen Lebenskrisen, die die ‚gemeinschaftliche Lücke‘ füllt, die die moderne Gesellschaft durch ihren Erfolg erst produziert hat und in ihrer weiteren Entwicklung nicht mehr füllen kann.

Aus meiner Sicht besteht das praktische Problem für Hospiz nun darin, dass eine neue, gemeinsame **Sorge- und Anerkennungskultur** mit neuen Formen von **Sorge-Gemeinschaften und Sorge-Netzen** in den konkreten Lebenswelten der Menschen vor Ort zwar prinzipiell nicht **unmöglich** sind. Sie sind jedoch höchst voraussetzungsvoll, für manche Menschen womöglich nur lebensphasen-spezifisch mehr oder weniger attraktiv, vor allem aber für viele Menschen vielleicht strukturell nicht oder kaum noch lebbar und somit – in der Quintessenz – **sozial hoch selektiv**. So könnte in Zukunft das für den Hospiz- und Palliativbereich wichtige Stichwort der **‚Zugangsgerechtigkeit‘** gerade vor dem Hintergrund von Sorge-Kultur und regionalen Sorge-Gemeinschaften noch an Bedeutung gewinnen, um das Angebot von temporär gelebter Gemeinschaft in existenziellen Krisen für die Betroffenen – gerade wenn es darauf ankommt – nicht zu einem hohlen Versprechen werden zu lassen.

Das **Konzept der Caring Communities** (verstanden als Sorge-Gemeinschaften, die sich über verschiedene Formen von Zu- bzw. Zusammengehörigkeit definieren bzw. als ein Zusammenspiel von BürgerInnen, Staat, Organisationen der Zivilgesellschaft und professionellen Dienstleistern u.a. funktionieren sollen) bietet hier sicherlich viel Anregung und Diskussionsstoff. Aber wichtig dabei ist: **Wie und von wem werden solche neuen Formen von Vergemeinschaftung in Zukunft entwickelt, erprobt und konkret im Alltag gelebt?** Hier braucht es nicht nur den Staat, das Gesundheitssystem, marktorientierte Dienstleister und Kommunen, sondern vor allem zivilgesellschaftliches Engagement – d.h. Menschen, die solche Gemeinschaften in ihrem Alltag leben.

Soziologisch gesehen erscheint es als nicht sehr wahrscheinlich, dass der kleinste gemeinsame Nenner dieser angedeuteten empirischen Vielfalt von Gemeinschaften in einem nicht zwingend altruistischen, gleichwohl aber letztlich auf Reziprozität, auf Wechselseitigkeit angelegten Sorgen liegen könnte. Sorge ist immer dialogisch oder gar

‚dialogisch‘ (so unlängst Andreas Heller). Und gerade deshalb funktioniert sie alltagspraktisch unhintergebar nach dem **Prinzip der Gabe** – d.h.: **nicht einfach nur vorbehaltlos Geben**, sondern im Dreiklang von **Geben, Nehmen, Erwidern**. Das Prinzip der Gabe wird überall dort wirksam, wo das Geben **nicht** rein professionell (als bezahlte Berufsarbeit) organisiert ist und auch **nicht** als vorbehaltlose und auf eigene Weise ‚spezialisierte‘ Freiwilligenarbeit erfolgt.

Damit steht als zentrales Problem für das Erfinden von neuen Sorge-Gemeinschaften im Raum die Frage nach der **Selektivität** bzw. der **Zugangsgerechtigkeit und Letztverlässlichkeit**: Wer darf und wer kann an diesen Gemeinschaften dem Sorgen um den Anderen als wechselseitiger Gabe teilhaben – und wer nicht? Und um das Problem noch einmal von der anderen Seite anzudenken: Wer kann noch für welches Geben mit Anerkennung ‚belohnt‘ werden, wenn doch alle allen Anerkennung zu zollen haben, weil sich alle um alles und jeden sorgen?

Die Hospizbewegung wird sich für die Zukunft – so die Hoffnung – an solchen gesellschaftlichen Herausforderungen abarbeiten: Von was ist beim Begriff der Sorge die Rede, wenn es um Sorge-Kultur und Sorge-Gemeinschaften geht – z.B. **vom empathischen sich Sorgen um den Nächsten** oder von **Sorge-Arbeit** – von **Caring** oder **Care Work**? Oder gar von einer Mischung von beidem? Zur Bearbeitung solcher Fragen im Sinne sozialer Innovationen braucht es die bottom-up-Dynamik ehrenamtlichen und zivilgesellschaftlichen Engagements – die politisch-professionelle Gestaltung eines Gesundheitssystems wird diese Fragen zwar bearbeiten, aber nicht innovativ lösen können.

### **Beispiel 2: Sterben im Heim morgen: Ein Ausblick auf die Zukunft des Heims**

Die Hospizbewegung kann sich dabei an der von ihr mit erbrachten **Gestaltungsleistung** orientieren, die in den letzten 30-40 Jahre erreicht wurde: der mittlerweile andere Umgang mit Sterben und Tod, insbesondere mit Sterbenden und ihren Angehörigen, der zur gesellschaftlichen Aufgabe gemacht wurde.

Wenn die obigen Erläuterungen zum Wandel von Gesellschaft plausibel erscheinen, braucht es für die Zukunft **neue Gestaltungsleistungen, mit denen nachkommende ‚Generationen‘ (wenn man sie als solche bezeichnen mag) mit dem Thema Lebensende und der Ausgestaltung der Versorgung und Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen jeweils neu und ‚vorausschauend‘ (auf die Bedürfnisse der jeweiligen Alterskohorten bezogen) vertraut gemacht werden.**

Denn eines ist offenkundig: Das Sterben heute (z.B. der Generation der Kriegskinder) wird mit dem Sterben morgen (von den 68ern bis zu den Baby Boomern und der GenX) und

übermorgen (der GenY und GenZ) nicht mehr viel gemein haben – außer dass am Ende des Sterbens alle tot sein werden.

Konkret ist damit gemeint, dass z.B. die **BABY BOOMER** nicht nur allein aufgrund ihrer **schieren Masse** einen organisatorischen Umbau der Versorgungseinrichtungen am Lebensende erfordern werden. Vielmehr werden es auch ihre Einstellungen, Orientierungsmuster und Wertpräferenzen sein, welche die Institutionen des Alters inkl. des Lebensendes in Bewegung bringen werden, da sie als erste Alterskohorten mit der biographischen Erwartbarkeit von selbstverständlichem Wohlstand, materieller Sicherheit, dem Anspruch auf Privatheit und vor allem auf Individualität, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung als ‚Kollektivschicksal‘ durch das Leben gegangen sind.

Aber die heutigen Institutionen des Alters und des Sterbens werden sukzessive auch von den Angehörigen der **GenY** bestimmt sein. **Es ist derzeit eine empirisch völlig offene Frage, wie die sog. ‚Yolos‘ die Anforderungen des Umbaus von Kliniken, Alten-/Pflegeheimen bis hin bspw. zu neuen, hybriden (halb professionell, halb privat organisierten) Sorge-Gemeinschaften/-Netzwerken bewältigen und ausgestalten werden.** Vorhersehbar ist nur: Es wird weder ein Zurück zu vermeintlich althergebrachten gemeinschaftlichen Mustern und Formen des Sterbens im vertrauten Familienkreis geben, noch beim Beharren auf den organisationalen Lösungsmodellen des vergangenen 20. Jahrhunderts mit ihrer Logik der konsequenten Professionalisierung, Spezialisierung und Ausdifferenzierung bleiben können..

Spätestens an dieser Stelle kommt das **Alten-/Pflegeheim** ins Spiel. Auch wenn in öffentlichen Diskussionen heute das Heim häufig klischeehaft als ‚Schreckgespenst‘ fungiert, sobald vom Altwerden, Altsein oder auch vom Sterben die Rede ist, so war das Idealbild des Heimes als moderne Institution ursprünglich dadurch charakterisiert, dass es vor allem als ein Ort des versorgten Lebens im Alter bis zum Lebensende galt. Stationäre Altenpflegeeinrichtungen sind dem entsprechend auch heute noch in der Regel die letzten Lebensorte der Bewohner. Aufgabe und Selbstverständnis der Einrichtungen und der dort Mitarbeitenden ist es bis heute, eine hohe Lebensqualität in den letzten Lebensjahren der Bewohnenden herzustellen und zu sichern.

Dem gegenüber unterliegt seit 20-30 Jahren das Heim als Institution aufgrund des gesellschaftlichen Wandels einer **massiven Transformation**: Es wird immer mehr zum **Ort des beschleunigten und intensivierten Sterbens**. Anders gesagt: Das Heim als moderne Institution ist heute mit den Folgen gesellschaftlicher Veränderungen konfrontiert, die bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts zurückreichen (z.B. demographischer Wandel, Pluralisierung und Individualisierung der Lebensformen, Wandel im Umgang mit Sterben und Tod bis hin

zum Motto ‚ambulant vor stationär‘) und auf die es – unter den derzeit gegebenen Bedingungen – bestenfalls symptomatisch reagieren kann.

Wenn wir uns die aktuelle Situation in den Heimen und die erwartbaren zukünftigen gesellschaftlichen Entwicklungen, Herausforderungen vor Augen halten, gibt es **zwei Möglichkeiten**:

1. Die eine Möglichkeit besteht darin, in der aktuellen Situation an den akuten Krisensymptomen zu laborieren und die allseits bekannten Basisprobleme – demographischer Wandel und damit verbundene Veränderungen in der Bewohnerstruktur (hier der klassische Bewohner, der seine letzten, mehr oder weniger gesunden Lebensjahre im Heim verbringt – dort jene, die gleichsam ‚auf den letzten Drücker‘ zum Sterben ins Heim kommen), Ressourcendefizite, Fachkräftemangel etc. – als gegeben hinzunehmen bzw. sich durchzulavieren.
2. Die zweite Möglichkeit wäre, die aktuelle Situation mit den genannten Problemen als Referenz und als Ausdruck der jetzt schon erkennbaren und sich zukünftig weiter verschärfenden Herausforderungen der kommenden Jahrzehnte (bis 2030 oder gar 2050) zu nehmen und zu erkennen, dass ein **grundlegender Umbau der modernen Institution Heim (Next Generation)** erforderlich ist. Anknüpfend an die mittlerweile fünf Generationen des Heims, wie sie das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) skizziert, wäre hier ggf. von einer **sechsten Generation** des Heims zu sprechen, in der Sterben und Tod einen adäquaten Platz erhalten.

Zur Erläuterung: In den letzten 20 Jahren dominierte in der gesellschaftlichen und politischen Wahrnehmung die erste Version – auch wenn in vielen Heimen in diesem Zeitraum eine deutliche Veränderung erkennbar war (exemplarisch markiert z.B. durch Modellprojekte u.v.a.m.). Diese Veränderung bzw. Anpassung war allein schon deshalb notwendig, weil im Alltag der Heime immer deutlicher wurde, dass es beim Thema Sterben und Tod nicht mehr um die institutionell-ritualisierte Bekämpfung des ‚**ansteckenden Todes**‘ (C. Salis Gross) gehen konnte, mit der das Heim für alle Beteiligten primär ein Ort des Lebens bleiben sollte und nicht vom Sterben, vom Tod tangiert oder gar dominiert werden durfte. Vielmehr wurde nicht zuletzt durch die **Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care** immer deutlicher, dass es um einen umfassenden organisationskulturellen und organisationsstrukturellen Entwicklungsprozess gehen muss, in dem **nicht einfach das Sterben bzw. der Tod gegen das Leben in den Hinter- oder Vordergrund zu schieben ist**, sondern in dem es darum geht, **ein ‚gutes Sterben‘ in das möglichst gute Leben im Heim zu integrieren**. Mehr noch: Das Ziel müsste letztlich sein, Heime nicht nur hinsichtlich der von ihnen zu tragenden Folgen gesellschaftlichen Wandels ‚nachzurüsten‘, also gleichsam ihre



Fassade mehr schlecht als recht zu renovieren, sondern sie für die Zukunft zu **Mitgestaltern gesellschaftlicher Veränderungen** zu machen. **So gesehen geht es um nicht weniger als um die ‚Lebens- und Sterbewelt Heim im 21. Jhdt.‘ als Bestandteil sozialer Innovationen im institutionell-organisatorischen Zusammenspiel von Versorgungsstrukturen und Versorgungsakteuren des Gesundheitssystems, Dienstleistungsmarkt und Zivilgesellschaft.** Vielleicht könnte gerade die ehemals ‚totale Institution‘ Heim als ein möglicher Nährboden und Kristallisationspunkt fungieren zur **Entwicklung und Erprobung neuer Formen von professioneller Versorgung in Verbindung mit umfassenden zivilgesellschaftlichen Sorge-Angeboten im Rahmen von neuen regionalen Sorge-Gemeinschaften.**

Das würde bedeuten: Gesellschaftliche Akteure (in Politik, Gesundheitssystem und Zivilgesellschaft) müssten die Einrichtungen der stationären Langzeitpflege für 2030 und darüber hinaus gleichsam neu erfinden. Es müssten, angeknüpft an die aktuelle Herausforderung der nachhaltigen Implementation von Sterben in das Leben im Heim, bereits jetzt Weichenstellungen vorgenommen werden, die einen komplexen Organisationsumbau und Entwicklungsprozess hin zum **Heim der 6. Generation** ermöglichen. In einer solchen Perspektive reicht es nicht, beim bestehenden Heim ‚etwas Hospizkultur‘ hinzuzufügen und arbeitsteilig spezialisierte Palliativkompetenz einzuhängen. Vielmehr braucht es bereits für die heutige Gesellschaft, um mit den zukünftigen Herausforderungen fertig werden zu können, grundlegend neue institutionelle Formen des Lebens im Alter, zumal dann, wenn die Betroffenen auf Unterstützung und Hilfe, auf ein Versorgt- und Umsorgt-Werden angewiesen sein werden.

Und auch hier wird eine bzw. vielleicht **DIE zentrale Zukunftsherausforderung** sein: **Zugangsgerechtigkeit und strukturelle (Letzt-)Verlässlichkeit her- und sicherzustellen.**

Konkret: Wird eine bessere (vor allem personelle) Ausstattung im Bereich Sterbebegleitung im Heim über die Selbstanteile der Bewohner geregelt, läuft das auf ein ungleiches System des selbst zu finanzierenden Sterbens im Heim vs. subventioniertes Sterben im Hospiz hinaus. Und: Werden die Ressourcen in den Heimen nicht entsprechend angepasst, läuft das auf eine Stabilisierung ungleicher Sterbebedingungen von Heim- und Hospizbewohnern hinaus, wobei diejenigen ‚Pech‘ haben, die im Heim leben und dort sterben müssen vs. diejenigen, die einen der raren Plätze in einem stationären Hospiz ergattern konnten. Dem gegenüber gilt: **Je mehr in den Heimen Hospiz und Palliative Care implementiert sind, umso geringer die Gefahr, dass wir ein Sterben 1. und 2. Klasse haben werden.**

## Schluss

Das zeigt: **Der Mensch ist helfensbedürftig**, wie Klaus Dörner und andere eindrucksvoll argumentieren – nur man möchte hinzufügen: Ja, der Mensch ist helfensbedürftig und das mitunter geradezu gnadenlos. Ich denke, dass die Sterbehilfe-Debatte in Zukunft wieder deutlich an Fahrt aufnehmen wird, zumal das Alter gerade seine Ausdifferenzierung in ein ‚aktives junges Alter‘ der ‚best ager‘ und in ein umso stigmatisierender wirkendes sogenanntes ‚viertes Alter‘ der multimorbiden Hochbetagten erlebt. Letztere gelten in dieser Gesellschaft gleichsam als Verkörperung von Leiden, Last, verloren gegangener Lebensqualität und Würde sowie unnützen Kosten. Solche Entwicklungen eröffnen viele Aktivitätsfelder für das Ausleben von gnadenloser Helfensbedürftigkeit für die einen, aber auch für den Wettstreit um alternative Ideen, von sozialen Innovationen zu ihrer gesellschaftlichen Bewältigung von anderen Seiten. Hierbei bleibt auch **in Zukunft auf die laute und ggf. auch unbequeme Stimme der Hospizbewegung** zu hoffen.

Wichtig wäre, dass die Hospizbewegung in Zukunft noch mehr von einer **Bürgerbewegung** zu einer **sozialen Bewegung** wird – will heißen: Hospiz sollte für möglichst viele verschiedene Gruppen, Milieus, Schichten der zunehmend heterogener werdenden Gesellschaft attraktiv werden. Wobei gilt: Die ganzen kontroversen Diskussionen um die Zukunft von Hospiz sind mithin ein beruhigendes, weil positives Zeichen dafür, dass das **Selbstverständnis als Bürgerbewegung** bzw. in Zukunft vielleicht noch mehr als **soziale Bewegung** nach wie vor quicklebendig ist.

VIELEN DANK!