

Können wir feministisch sterben?

Diskussion über die feministisch-geographische
Perspektive auf Palliativ-Care

Dilan Karatas

1. Einleitung

Körper, die arbeiten, atmen, altern oder Nähe suchen, sind in verschiedenen Zeitpunkten ihres Lebens unterschiedlich stark auf Fürsorge und Pflege angewiesen (Machin 2022: 13; Tronto 2015: 7). Fürsorge, Pflege und Gesundheitsdienstleistungen, verhandelt unter dem Begriff *Care*, sind kein temporäres Bedürfnis und lassen sich dementsprechend nicht nur in eine bestimmte Phase des Lebens einordnen, sondern formen sich fortlaufend stetig neu (ebd.). Dabei bildet der finale Abschnitt zwischen Leben und Tod eine Phase, in der Bedürfnisse, die in diesem Zeitraum entstehen, gesellschaftlich unbeachtet bleiben (Konnertz 2020: 170). Der *Care*-Begriff intendiert nicht nur professionelle Sorge- und Pflegepraktiken, sondern auch solche, die auf Mitmenschlichkeit und Verantwortung beruhen (Conradi 2001: 13). Um eine Kultur der Pflege und Sorge zu etablieren, die sich in dieser Phase mit individuellen Bedürfnissen unter differenzierteren sozialen, ökologischen und räumlichen Aspekten auseinandersetzen kann, benötigt es eine gesellschaftliche Verantwortungsübernahme (Tronto 2015: 7). Durch eine feministisch-geographische Auslegung wird im Sinne der feministischen Standpunkttheorie eine Position bezogen, die eine Verbesserung der Situation von Sterbenden, Sorge-Tragenden und Pflegekräften beabsichtigt (Harding 2004: 4 ff.). Die Privatisierung des Gesundheitssektors in Wechselwirkung mit dem Fachkräftemangel, fehlendem bezahlbarem Wohnraum und geschlechtsspezifischer Altersarmut summieren sich zu Mehrfachbelastungen für Menschen, die in peripheren Regionen leben und sterben (Lutz 2018: 578; Brandl et al. 2019: 1; BMFSFJ 2021). Dies zeigt deutlich, dass der Tod zwar alle trifft, aber durchaus nicht gleich (Loke 2023: 16). Eine wichtige Rolle spielt dabei auch die Verfügbarkeit von Fachkräften und Dienstleistungen, die in

dieser Phase benötigt werden. Jedoch erscheinen periphere und strukturschwache Räume unattraktiv für den Zuzug junger Fachkräfte, im Care-Sektor zu einem großen Teil Frauen. Dies erschwert nicht nur das Leben, sondern auch das Sterben in Räumen, die durch demographischen Wandel eine Zunahme pflegebedürftiger Menschen bei gleichzeitigem Rückgang von erwerbstätigen Anwohner:innen aufweisen (Fischer 2020: 335 ff.). Das Forschungsfeld des BMBF-Projekts *inCAREgio – Innovative Arrangements für die Vorsorge im Care- und Pflegebereich in strukturschwachen Regionen* in Ost-Brandenburg umfasst kleinere Gemeinden, Landstädte und Großstädte, die sich als strukturschwach und peripher beschreiben lassen und teilweise in den ländlichen Räumen der Region liegen (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2024). Aus diesem Grund wird mit den Begriffen *peripher* und *strukturschwach* sowie in manchen Fällen mit *ländlich* gearbeitet.

Divergente Lebenserwartungen, Gender-Pay-Gap, Gender-Care-Gap und geschlechtliche Ungleichheiten, die auf die Lebensphasen wirken, müssen auch räumlich abgefangen werden. Eine feministische Kritik fordert dabei einen Zusammenschluss von Care und Politik und kritisiert den Einfluss des freien Marktes (Tronto 2015: 1 f.). Martin Heideggers Ansatz, das Leben sei charakterisiert durch die Verdrängung des Todes (Heidegger 1977: 240, zit. in Konnertz 2020: 167), ist an dieser Stelle entgegengesetzt, dass eine feministische Lebensweise das Gegenteil fordert. Feministische Kämpfe und Utopien zielen darauf ab, dass der Tod auch in den Fokus des Lebens gestellt wird. Dies ist ein Gegenentwurf zu einer männlich geprägten Philosophie (ebd.) und zu den technisch-naturwissenschaftlichen Forschungsergebnissen, die den Diskurs der Gesundheit und Pflege lange dominierten. Die Diskussion und Ermittlung von Bedürfnissen entstehen direkt in den jeweiligen Situationen, in denen Menschen Fürsorge suchen (ebd.: 8 ff.). Gegenwärtig wie auch historisch ist die Aushandlung beeinflusst von Machtbeziehungen und differenziert den Zugang zu diesen Ressourcen, basierend auf Staatsangehörigkeit, Geschlecht und Klasse (ebd.). Nach wie vor fechten feministische Kämpfe das Ideal eines vermeintlich sorgenden Staates an, der Care an die klassische Kleinfamilie, naturalisierende Geschlechterrollen und die Bereitschaft von Frauen, sich für die Reproduktion anderer zu opfern, bindet (Sevenhuijsen 1998: 6). Wie andere Bereiche der Pflegearbeit ist auch die Palliativ-Care vom Fachkräftemangel betroffen (Kauffmann/Müller/Becker 2021), die zu belastenden Arbeitsbedingungen führen (Diehl et al.

2021). Das Feld der beruflichen Pflege und Sorgearbeit ist problembehaftet, unterbezahlt und wird zudem überwiegend von migrantischen[1] Arbeiter:innen getragen, vor allem was Pflegekräfte betrifft, die in dem Zuhause der Sorge-Suchenden arbeiten (Lutz 2018: 578).

2. Verräumlichung von Palliativ-Care

Die 1990 von der Weltgesundheitsorganisation aufgestellte Definition von *Palliativ-Care* wurde 2002 überarbeitet und als ein Ansatz zur Steigerung der Lebensqualität von Patient:innen, die lebensbedrohlichen Krankheiten ausgesetzt sind, und ihren Angehörigen charakterisiert (WHO 2016, zit. in Hermann 2018: 59). Dazu gehört die Betreuung von den Angehörigen, Schmerzlinderung, Prävention durch frühzeitige Diagnose und die Behandlung von psychischen und psychosozialen Symptomen (Heller/Pleschberger 2010: 16 sowie Steffen-Bürgi 2006: 34, zit. in ebd.). Sie wird angeboten und durchgeführt auf Palliativstationen, in Krankenhäusern, in ambulanten und stationären Hospizen, seitens Palliativpflegeteams und Palliativmediziner:innen (Dlubis-Mertens o. J.). Die Berufslandschaft der Pflege, geprägt von 83 Prozent weiblichen Pflegekräften (Statista 2023b) und mit einem bundesdeutschen Anteil von 84 Prozent getätigten Pflegeleistungen im privaten Zuhause (Statistisches Bundesamt 2024), erlaubt trotz mangelnder Daten die Annahme, dass es im Bereich der Palliativ-Care ähnlich verteilt ist. Voneinander abweichende beziehungsweise geschlechtsspezifische Zugänge zum Sterben und zur Versorgung in der letzten Lebensphase sind durch fehlende Hospizplätze und fehlende Ressourcen in der Palliativversorgung (Kauffmann/Müller/Becker 2021) im ländlichen Raum in einem anderen Maße gefärbt als im urbanen Raum.

Die geographische und stadtplanerische Auseinandersetzung mit der Gesundheitsversorgung gilt in ihren Ausprägungen bezüglich geschlechtsspezifischer Ungleichheit als nicht ausreichend erforscht (Parker 2011: 441 f.). Durch die unterschiedliche Gestaltung des eigenen Lebens ist die Lebenserwartung zwar einerseits individuell geprägt, jedoch auch von äußeren Faktoren beeinflusst (Coleman 1990: 146 f., zit. in Onnen/Stein-Redent 2017: 74). Mit einer Akzentuierung auf dem geschlechtsspezifischen Zugang zu Care- und Gesundheitsdienstleistungen und unter dem Aspekt von ungleicher Aufteilung dieser Arbeit im strukturschwachen Raum werden im folgenden Beitrag einige Überlegungen und Beobachtungen aufgeworfen, die weiterer Erforschung bedürfen. Es handelt sich um

Vorarbeiten eines Promotionsvorhabens zur Versorgungslage des Care- und Pflegebereichs in Ost-Brandenburg mit Schwerpunkt auf Palliativ-Care. Zur Beantwortung der Frage nach den Möglichkeiten eines feministischen Versterbens werden im Folgenden verschiedene Kontexte beleuchtet: der des *Raums* (s. Kap. 2.1.), jener der *Palliativ-Care* (s. Kap. 2.2.) und der des *Sterbens* (s. Kap. 2.3.).

2.1. Kontext Raum

Das Gefälle zwischen zentralen und peripheren Räumen erschwert die schon vorhandene allgemeine Lücke der raumplanerischen Auseinandersetzung bezüglich Care-Arbeit (Bernd/Sinning 2012: 211). Die Gesundheits- und Pflegeinfrastruktur im ländlichen Raum war schon vor der Ausbreitung des Covid-19-Virus lückenhaft, problem- und krisenbehaftet (Christmann 2020: 5). Geringe wirtschaftliche Erträge, schlechte berufliche Perspektiven und eine abnehmende Infrastruktur verstärken eine Abwanderung der Bewohner:innen in die städtischen Ballungsgebiete (Hennebry 2018 sowie Chatzichristos/Nagopoulos 2020 und Willett/Lang 2018, zit. in Christmann 2020: 5). Dies beeinflusst auch die Qualität, Zugänglichkeit und Erreichbarkeit von pflegerischen und gesundheitlichen Angeboten sowie Dienstleistungen (Faller/Bendler 2020). Ausgeglichen werden diese Lücken in der Versorgung durch alternative Lösungen, die nicht nur innerhalb der Professionen der Arbeiter:innen des Gesundheits- und Pflegesektors getätigt werden, sondern sich auch in privaten Beziehungen innerhalb sorgender Gemeinschaften[2] organisieren (Klie 2014: 10). Werden beispielsweise Krankenhäuser als Infrastruktur der Gesundheits- und Pflegeversorgung beleuchtet, wird deutlich, dass sowohl zentrale als auch periphere Räume mit Problemen konfrontiert sind (Bernd/Sinning 2012: 211). Bundesweite Prozesse wie die Kommodifizierung des Gesundheitssektors führen zu ungleichen Ausgangslagen in den verschiedenen Räumen: Politische Entscheidungen, die Standorte von Krankenhäusern aufgrund ihrer Rentabilität abwägen, führen zu einer Situation, in der Krankenhäuser an peripheren Standorten mehrheitlich zugunsten von Einrichtungen an zentralen Standorten geschlossen werden (Faller/Bendler 2020: 275).

Die beschriebene Strategie der sogenannten Marktberichtigungen im gesundheitlichen und pflegerischen Dienstleistungsbereich verursacht auch bei der Notfallversorgung kritische Engpässe (Brinkrolf et al. 2022: 1007; Lübking 2020: 10). Dezentral gelegene Krankenhäuser haben

Können wir feministisch sterben?

weniger Betten zur Verfügung und gelten in der Gesundheitsökonomie bei unter 300 Betten als nicht in der Lage dazu, eine Notaufnahme zu betreiben, da es als nicht wirtschaftlich eingestuft wird (Preusker 2017, zit. in Fischer 2020: 336). Die zu versorgende Fläche in ländlichen Räumen gilt im Verhältnis zu der Anzahl der zu versorgenden Personen als größere Herausforderung im Vergleich zu (urbanen) Ballungsräumen, da es längere Anfahrtswege gibt und die Versorgungsbedürfnisse durch einen hohen Altersdurchschnitt und eine Multimorbidität größer sind (Fischer 2020: 336; Brinkrolf et al. 2022: 1007). Vor allem Patient:innen der Palliativ-Care in diesen Regionen, die in der eigenen Wohnung bleiben möchten, haben nicht alle Anspruch auf eine 24-Stunden-Rufbereitschaft, weswegen sie auf den Notruf oder den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst ausweichen müssen (Mühlensiepen et al. 2019: 324). Hinzu kommt die Problematik, dass die Palliativ-Care stark über die Hausärzt:innen organisiert wird, die durch eigene Überbelastung erstens keinen Hausbesuchen (mehr) nachgehen können und zweitens unzureichende Kapazitäten für eine umfassende psychosoziale Betreuung im Sterbeprozess bieten (ebd.: 325 ff.). Der Fachkräftemangel und die Kommodifizierung des Gesundheitssystems erschweren die schon vorhandenen Herausforderungen im strukturschwachen Raum, was sich nicht nur infrastrukturell auswirkt, sondern auch soziale und geschlechtsspezifische Folgen für Sterbende und ihre Angehörigen hat.

2.2. Kontext Palliativ-Care

Ein weiteres Gefälle in der Versorgung während des Sterbeprozesses ergibt sich aus der geschlechtsspezifisch ungleich aufgeteilten Sorge- und Pflegearbeit, die sich durch verschiedene Lebensphasen zieht und professionelle wie familiäre Pflegende betrifft (Haller 2018: 74): Einerseits fühlen sich Frauen oft durch die gesellschaftliche Zuschreibung von Sorge- und Pflegearbeit in persönlichen Beziehungen für diese Art der Arbeit und Versorgung verantwortlich, andererseits werden sie mithilfe von emotionalen und familiären Faktoren dafür verantwortlich gemacht (Tronto 1993, zit. in Sevenhuijsen 1998: 185; Haller 2018: 80). Gleichzeitig sind es auch sie, die zur Mehrzahl beruflich im Pflege- und Gesundheitssektor Sorge und Verantwortung für die Menschen tragen, die auf Pflege, Behandlung und Fürsorge angewiesen sind (ebd.: 69 ff.). Trotz fortschreitender Bildungsgleichheit gehen Frauen auch in Jobs mit höheren Qualifizierungen Berufen nach, die im Bereich von Care,

Pflege und Gesundheit angesiedelt sind (ebd.: 74; Conradi 2001: 17 f.). Zum Beispiel betrug der Anteil an weiblichen Studierenden im Fach Humanmedizin im Zeitraum 2021/2022 circa 67 Prozent (Statista 2023a). Die klassischen Pflegeberufe werden schon jäher überwiegend von Frauen ausgeübt, im Jahr 2021 lag der Anteil der Pflegerinnen bei etwa 83 Prozent (Statista 2023b). Viele der Personen, die in Gesundheits- und Pflegeberufen mit niedrigerer Qualifikation tätig sind, weisen zusätzlich Migrationsbiografien auf (Lutz 2018: 587). Dies verschränkt sich gleich mehrfach mit der Situation in strukturschwachen Regionen: Einerseits sind diese besonders vom Fachkräftemangel betroffen, während andererseits junge Frauen – mit oder ohne Migrationsbiografien – ihren Lebensstil mit einem Wohnsitz im urbanen Raum besser vereinbaren können und Regionen[3], in denen rechte Parteien populär sind, ablehnen (Geppert/Gornig 2010: 3; Rees et al. 2021).

Generell gibt es wenige Ärzt:innen und Pfleger:innen, die sich dazu entschließen, auf dem Land zu arbeiten, was die Versorgungsengpässe weiter verstärkt (Faller/Bendler 2020: 276 ff.). Eine Spezialisierung, die im besonderen Maß wichtig für die Versorgung im peripheren Raum ist, ist die der Allgemeinmedizin[4], doch gerade dessen Nachwuchsförderung erweist sich als schwierig[5] (Lübking 2020: 9). Durch die vergleichbar lange Ausbildungs- und Qualifizierungszeit von Ärzt:innen lassen sich personale Probleme auch nicht zeitnah beheben (ebd.). Im ländlichen Raum gibt es ebenfalls Schwierigkeiten, wenn es um die Rekrutierung anderer medizinischer Fachrichtungen geht: So klagten im Jahr 2018 41,7 Prozent der Krankenhäuser in diesen Regionen über vakante Stellen in der Gynäkologie und Geburtshilfe, während nur 23 bis 27 Prozent der Krankenhäuser in zentralen Regionen dies als Problem benannten (Faller/Bendler 2020: 276; Osterloh 2023). Eine Quote für Medizinstudierende, die sich dazu verpflichten, nach ihrer Ausbildung zehn Jahre lang ihren Beruf im ländlichen Raum auszuüben, soll hier Abhilfe schaffen (Kugler/Pieper 2024: 5). Daneben ist eine weitere Fachrichtung, die den Kürzungen überdurchschnittlich oft und früh zum Opfer fällt, die Pädiatrie (Tischler et al. 2023: S205 ff.). Das Schließen von medizinischen Fachrichtungen, die Kindern oder reproduktiven[6] und frauengesundheitlichen Angelegenheiten gelten, kann sich negativ auf die Erwägung eines Zuzugs von jungen Frauen oder jungen Familien auswirken – natürlich insbesondere, wenn diese selbst potenziell in diesen Bereichen arbeiten könnten. Durch die geschlechtliche Konnotation von Berufen

im Care-, Gesundheits- und Pflegebereich herrscht nicht nur eine ungleiche Verteilung von Verantwortungen, sondern dies führt außerdem zu einem größeren Abstand im Gender-Health-Gap: Ungleiche Verdienst- und Vernetzungsbedingungen, unterschiedliche Arbeitskraft und prekäre Arbeitsbedingungen begünstigen eine verminderte Resilienz – neben einer jahrelangen Praxis, in der die medizinische Forschung frauenspezifische Themen vernachlässigt hat (Becker 2020: 108 ff.).

2.3. Kontext Sterben

Anhand der jeweiligen Sterbeorte lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede beobachten (Onnen/Stein-Redent 2017: 81 f.): Während der größte Teil der deutschen Bevölkerung zu Hause sterben möchte, konnte dies im Jahr 2017 nur 21,3 Prozent der Sterbenden ermöglicht werden (Dasch/Zahn 2021). Personen, die Teil einer Familie sind, machen einen großen Anteil dieser Gruppe aus (Onnen/Stein-Redent 2017: 81 f.). Dieses Anliegen wird so hauptsächlich Männern erfüllt, deren weibliche Angehörige durch ihre höhere Lebenserwartung die Pflege während der Sterbephase in der eigenen Wohnung übernehmen können (ebd.). Frauen versterben zu einem späteren Zeitpunkt zu einem größeren Anteil in institutionellen Räumen wie Krankenhäusern, Pflege- und Altersheimen (Fiedel et al. 1997, zit. in ebd.), was zeigt, dass das Vorhandensein von weiblichen Angehörigen prägend ist für die Art und Weise, in der Menschen versterben. Dies bestätigt sich auch darin, dass die am stärksten von einsamen und unbemerkten Toden betroffenen Gruppen alleinstehende ältere Männer und verwitwete Frauen sind (Loke 2023: 37 ff.). Damit sind die Bedingungen des Sterbens einerseits geschlechtlich konnotiert, andererseits werden sie durch die Anwesenheit von Partner:innen und weiblichen Angehörigen gestaltet. Soziale Isolation, psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen verstärken die Möglichkeit des Eintretens eines einsamen und unentdeckten Todes (ebd.). Eine Art der Kompensation besteht darin, dass Frauen Freund:innenschaften bis ins hohe Alter pflegen und durch diese das Fehlen von familiären Verhältnissen ersetzen (Onnen/Stein-Redent 2017: 83 f.). Freundschaftliche Beziehungen spielen auch für Personen, die sich nicht im binären Geschlechtersystem verorten oder nicht traditionellen Beziehungsformen nachgehen, eine prägende Rolle (Marschner 2023: 33). Menschen, die ein Leben außerhalb heterosexueller Kleinfamilien führen, bevorzugen ebenfalls die pflegerische Unterstützung zu Hause, unter anderem weil sie sich entweder als

eigenständige Gruppe mit ihren Wünschen nicht gesehen fühlen oder aufgrund negativer Erfahrungen im Gesundheitssystem diese Räume meiden und stattdessen mittels ihrer sozialen Netzwerke Bedingungen für ein würdevolles Altern und Sterben gestalten (Heiber/Bird/Lottmann 2023: 28).

Über die private Ebene hinaus sind in Deutschland 2023 circa 15.000 ambulante und um die 270 stationäre Hospizdienste aktiv gewesen sowie um die 120.000 ehrenamtlichen Bürger:innen (DHPV e. V. 2024). Hierbei wird unterschieden zwischen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) (Nauck/Jansky 2018: 558 f.): Die AAPV bedient palliativmedizinische Bedürfnisse wie den Ausgleich von psychosozialen und psychischen Belastungen sowie von störenden Symptomen, während die SAPV nicht nur pflegerische Dienstleistungen übernimmt, sondern auch interdisziplinäre Teams bereitstellt, die die betroffenen Personen und ihre Angehörigen unterstützen (ebd.). In der AAPV erfolgen zudem die Indikationsstellungen, die entscheiden, ob ein Patient den Bedarf für eine SAPV erfüllt (ebd.). Auch ist der Anspruch auf SAPV von dem sozialen Unterstützungsnetz der Patient:innen abhängig (Schneider et al. 2014, zit. in Nauck/Jansky 2018: 561 f.). Vor allem sind Personen, die in strukturschwachen Regionen wohnhaft sind und in der Häuslichkeit bleiben möchten, stark auf allgemeinmedizinische Strukturen angewiesen (Mühlensiepen et al. 2019: 324). Diesen fehlt aber durch die eigene Überbelastung in den Praxen die entsprechenden Ressourcen, und psychosozial zu unterstützen oder Hausbesuche zu tätigen (ebd.: 425 ff.). Auch wenn sich Frauen im Alter stärker um ihre sozialen Kontakte kümmern, sind die potenziellen Sterbeorte und die Sterbebedingungen vor allem durch die Unterstützung familiärer Strukturen beziehungsweise durch die Anwesenheit weiblicher Angehöriger gestaltet.

3. Diskussion und Fazit

Die Mehrfachbelastungen der Versorgungsinfrastrukturen in Räumen, die peripher, ländlich oder strukturschwach sind, erfordern neue Lösungsansätze und größere Ressourcen (Fischer 2020: 336), um eine verbesserte Versorgung und Verfügbarkeit im Fall von akuten Erkrankungen sowie den Transport von Kranken und Verletzten zu gewährleisten (Brinkrolf et al. 2022: 1007). Fürsorge, Sicherung der Lebensverhältnisse und Unterstützung in verschiedenen Lebensphasen sind Ziele des

deutschen Sozialstaates, der sich im extremen Spannungsfeld zwischen Sozialdemokratie und neoliberaler Wende befindet (Harvey 2007: 25). Durch diesen Rückzug des Staates und die Schwächung der Daseinsvorsorge werden lückenhafte Verhältnisse produziert und reproduziert, die den Bewohner:innen keine ausreichende Care-, Pflege- und Gesundheitsinfrastruktur bieten. Entscheidend sind häufig die persönlichen Netzwerke, auf die Menschen bei Pflegebedürftigkeit zurückgreifen können (Bäcker/Naegele/Bispinck 2020: 1087). Mit großer Häufigkeit findet die Unterstützung durch weibliche Angehörige innerhalb der Familie statt (Fraser 2016). Die defizitäre Versorgung des kapitalistischen Staates, dessen Einsparungen den strukturschwachen Raum vernachlässigen, bedeutet für Frauen, dass sie diese Lücken im besonderen Maße durch Care-Arbeit ausgleichen müssen. Das heißt, dass Frauen zwar heute zu einem großen Teil einer Lohnarbeit nachgehen, aber sich noch nicht von einer ungleichen Aufteilung von Reproduktions- und Sorgearbeit emanzipieren konnten (Haller 2018: 74). Dies führt entweder in der mittleren und späteren Lebensphasen vor der Sterbephase zu einer Mehrfachbelastung und zu Überforderungen, oder es fällt die Entscheidung, in Teilzeit zu arbeiten oder für die eigene Familie einige Jahre lang keiner Lohnarbeit nachzugehen, was sich negativ auf die Rente auswirkt (ebd.). Frauen sind Sorge-Tragende für die Palliativ-Care und gleichzeitig Opfer der Lücken, die diese aufzeigt. Eine feministische Perspektive auf diese Problemlage erlaubt eine Staatskritik bezüglich fehlender sozialpolitischer Leistungen. In Bezug auf Leben und Tod lässt sich feststellen, dass hier vor allem der Zwischenraum des Sterbens vernachlässigt wird: Sterben ist ein Prozess in der letzten Lebensphase, in dem Menschen bestenfalls begleitet werden sollen. Diese Bedürfnisse werden jedoch nicht durch den Satt-sauber-sicher-Diskurs der klassischen Pflege erfüllt. Feministisch sterben bedeutet nicht nur, hinter den häuslichen oder institutionellen Mauern geschützt und gepflegt zu werden, sondern zudem, den Sorge-Suchenden und Sorge-Gebenden ein unabhängiges Leben zu bieten.

Um dies auf eine räumlich-infrastrukturelle Ebene zu übertragen, benötigt es neben der Schaffung bedürfnisorientierter Angebote auch neue Räume, die nicht nur Aufgaben der Versorgung, sondern auch der Kommunikation und Kollektivität ermöglichen: Durch einen Wegfall von Orten der Begegnung oder Kommunikation fühlen sich viele Bewohner:innen im peripheren beziehungsweise strukturschwachen Raum einsam[7] (Christmann 2020: 7 f.). Gerade für Frauen, die

nach dem Versterben ihres Partners oder durch Kinderlosigkeit, höhere Scheidungsraten und größer werdende Distanzen zwischen den Wohnorten von Familienangehörigen einsam oder isoliert sind (Huxhold/Engstler 2019: 73), können von diesen Räumen profitieren. Gleichzeitig lassen sich Trends beobachten, nach denen Freund:innenschaften ehemals familiäre Unterstützungsstrukturen ersetzen (ebd.: 74). Um alleinstehenden Frauen die Möglichkeit von freundschaftlichen Beziehungen und Kollektivität zu geben, benötigt es Reformen und Strukturen, die eine Alternative zur häuslichen Isolation im Alter bieten. Bessere Arbeitsbedingungen für familiäre und professionelle Pflege ist ebenfalls empfehlenswert, nicht nur als Strategie gegen den Fachkräftemangel, sondern auch zur Unterstützung freundschaftlicher und familiärer Sorge-Beziehungen (Hans-Böckler-Stiftung 2024). Um die ungleichen Bedingungen zum Lebensende angemessen diskutieren zu können, benötigt es nicht nur soziale und bauliche Antworten, sondern auch ein Versorgungssystem, das relational und prozesshaft ausgerichtet ist und materielle wie immaterielle Räume zwischen Leben und Tod schafft.

Die geschlechtlichen Unterschiede im Sterbeverlauf und eine geschlechtersensible Einbeziehung der Wünsche sterbender Menschen und ihrer Angehörigen bilden immer noch eine Lücke in den verschiedenen Disziplinen, die sich mit dem Tod auseinandersetzen (Kalitzkus 2005, zit. in Konnertz 2020: 169). Um feministisch versterben zu können, müssen verschiedene geschlechtsspezifische und individuelle Bedürfnisse diskutiert werden, zumal der Zugang zu unterstützenden Care-Leistungen neben dem Geschlecht stark geprägt ist durch persönliche Netzwerke (Bäcker/Naegele/Bispinck 2020: 644 ff.). Diese Unterstützungsstrukturen sind durch ungleiche Lebenserwartungen in Paarbeziehungen oder durch das Fehlen von weiblichen Angehörigen inegal. Denn ein würdevolles Leben, Altern und Sterben ist auch abhängig von einer Sozialpolitik, die auf diverse Lebensrealitäten, geschlechtliche Ungleichheiten und Lücken in der Gesundheits- und Pflegeinfrastruktur reagiert, statt diesen Sektor weiter zu kürzen und zu privatisieren. Nicht nur, weil die sozialen und räumlichen Ordnungen, in denen Menschen sich befinden, die Umstände ihres eigenen Versterbens färben, sondern auch, weil die Verantwortung und Sorge um das Versterben durch die Zuschreibung und Reproduktion von Care als weibliches Attribut ungleich ausgeprägt ist (Fraser 2016). Das heißt, dass nicht allein die Austragung von Stellvertreter:innenkämpfen eines für Frauen verlorenen Geschlechterkampfes in romantischen

Können wir feministisch sterben?

Beziehungen, Familien und Freund:innenschaften ausreicht (Benjamin 2020 [1991]). Ohne sozialpolitische Entscheidungen, die die Daseinsvorsorge in der privaten und öffentlichen Sphäre stärken, gibt es keine Räume, in denen nicht nur feministisch gelebt, sondern auch feministisch gestorben werden kann. Feministisch hieße in diesem Fall, trotz geschlechtlicher Differenzen Sterbephase und -räume aushandeln zu können, in denen autonom und den eigenen Bedürfnissen entsprechend verstorben werden kann. Um feministisch sterben zu können, müssen frühere feministische Utopien wieder an Kraft gewinnen, Arbeitsbedingungen verbessert werden, die nötigen Räume verfügbar gemacht werden und eine Kollektivität gebildet werden, die gesellschaftlich und universalistisch statt familiär verortet ist.

Die Publikation dieses Beitrags wurde durch das Finanzierungsprojekt KOALA (Konsortiale Open-Access-Lösungen aufbauen) ermöglicht.

Endnoten

- [1] Dies hat in den letzten 20 bis 30 Jahren dazu beigetragen, dass das größte Berufsfeld für Migrant:innen in der Pflege liegt, was transnational organisiert wird (Lutz 2018: 578).
- [2] Die Begriffe der sorgenden Gemeinschaft, Verantwortungsgesellschaft oder *caring community* umfassen Gesellschaftsformen und -gruppen verschiedener Hierarchien und Größen, die sich die gegenseitige (Für-)Sorge zur Aufgabe gemacht haben (Klie 2014: 10).
- [3] Im Untersuchungsraum Ost-Brandenburg lassen sich verstärkte rechte Narrative und Diskurse sowie Wahlerfolge von rechten Parteien beobachten (Domann 2024).
- [4] Diese sind Ansprechpartner:innen in verschiedenen Belangen sowie zuständig für akute Probleme und begleiten viele Patient:innen über längere Zeiträume, wenn nicht sogar ein ganzes Leben (Lübking 2020: 9).
- [5] Im Jahr 2018 waren über circa 40 Prozent der ausübenden Allgemeinmediziner:innen über 60 Jahre alt, woraus sich ungefähr 7500 vakante Stellen bis 2050 ergeben (Faller/Bendler 2020: 279 f.; Kugler/Pieper 2024: 6).
- [6] So ist der Zugang zu Abtreibungen in peripheren Räumen mit Hürden verbunden (Petra-Kelly-Stiftung 2023).
- [7] Während sich soziale Isolation von außen feststellen lässt, gilt Einsamkeit als ein subjektives Gefühl, da manche Menschen sich beispielsweise trotz weniger sozialer Beziehungen nicht einsam fühlen, während andere trotz eines großen Kreises an Freund:innen und Angehörigen Einsamkeit verspüren können (Huxhold/Engstler 2019: 73). Auch unterscheidet sich alters- und geschlechtsspezifisch das Einsamkeitsrisiko vom Isolationsrisiko, sodass beide getrennt betrachtet werden müssen (ebd.: 79).

Autor_innen

Dilan Karatas ist Geographin und Urban Designerin mit Schwerpunkt auf feministische Geographie und Labour Geography. Aktuell forscht sie zur geschlechtlichen Perspektive von Care in strukturschwachen Regionen mit Schwerpunkt auf Palliativ-Versorgung.
dilan.karatas@geo.hu-berlin.de

Literatur

- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2024): Bevölkerungsstand in den Gemeinden Brandenburgs. <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/a-i-4-a-v-2-j> (letzter Zugriff am 15.8.2024).
- Bäcker, Gerhard / Naegele, Gerhard / Bispinck, Reinhard (2020): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Ein Handbuch. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Becker, Karina (2020): Gender Health Gap als Folge ungleicher Vernutzungsbedingungen von Arbeitskraft und Arbeitsvermögen. In: GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft 12/3, 107-123.
- Benjamin, Jessica (2020 [1991]): Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht. Frankfurt am Main: Klostermann.
- Bernd, Patricia / Sinning, Heidi (2012): „Health-Governance“ in der Stadtentwicklung – Partizipation und Kooperation als Instrumente zur Gesundheitsförderung in der Stadt. In: Christa Böhme / Christa Kliemke / Bettina Reimann / Waldemar Süß (Hg.), Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern: Hans Huber, 211-220.
- BMFSFJ (2021): Studie „Hohes Alter in Deutschland“. Fast ein Viertel der über 80-Jährigen in Deutschland leidet unter Altersarmut. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/fast-ein-viertel-der-ueber-80-jaehrigen-in-deutschland-leidet-unter-altersarmut-190066> (letzter Zugriff am 15.8.2024).
- Brandl, Uwe / Dimberger, Franz / Miosga, Manfred / Simon, Matthias (Hg.) (2019): Wohnen im ländlichen Raum. Wohnen für alle. Bedarfsgerechte und (flächen)nachhaltige Planungs- und Umsetzungsstrategien für den Wohnbedarf der Zukunft. Ein Handlungsleitfaden für das Rathaus. Heidelberg: rehm.
- Brinkrolf, Peter / Kuntosch, Julia / Metelmann, Bibiana / Metelmann, Camilla / Hahnenkamp, Klaus / Süß, Rebekka / Hasebrook, Joachim Paul / Fleßa, Steffen (2022): Ist das Telenotarzt-System eine sinnvolle Ergänzung im ländlichen Raum? – Eine Analyse aus medizinischer und ökonomischer Perspektive. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 65/10, 1007-1015.
- Christmann, Gabriela (2020): Wie man soziale Innovationen in strukturschwachen ländlichen Räumen befördern kann. Erkner: Leibniz-Institut für Raumbezogene Sozialforschung (IRS).
- Conradi, Elisabeth (2001): Take care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt am Main: Campus.
- Dasch, Burkhard / Zahn, Peter K. (2021): Place of death trends and utilization of outpatient palliative care at the end of life. In: Deutsches Ärzteblatt international 118, 331-338.
- DHPV e. V. (2024): Zahlen zur Hospiz- und Palliativarbeit. https://www.dhvp.de/zahlen_daten_fakten.html (letzter Zugriff am 31.1.2024).
- Diehl, Elisabeth / Rieger, Sandra / Letzel, Stephan / Schablon, Anja / Nienhaus, Albert / Escobar Pinzon, Luis Carlos / Dietz, Pavel (2021): Arbeitsbedingungen von Pflegekräften in der allgemeinen Palliativversorgung in Deutschland: Eine Querschnittbefragung. In: Pflege 34/2, 80-91.
- Dlubis-Mertens, Karin (o. J.): Hospiz- und Palliativversorgung im Überblick: Wer bietet was wo? <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/informationen-fuer-patienten-und-angehoerige.html> (letzter Zugriff am 13.8.2024).

Können wir feministisch sterben?

- Domann, Valentin (2024): Rechte Refiguration. Räume der alltäglichen Normalisierung des populistischen Rechtsradikalismus. In: sub|urban. zeitschrift für kritische stadtforschung 12/1, 11-38.
- Faller, Bernhard / Bendler, Jan (2020): Strukturwandel der Gesundheitsversorgung auf dem Land. In: Christian Krajewski / Claus-Christian Wiegandt (Hg.), Land in Sicht. Ländliche Räume in Deutschland zwischen Prosperität und Peripherisierung. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 273-287.
- Fischer, Guntram (2020): Gesundheitszentren als innovative Lösung der absehbaren Versorgungskrise im ländlichen Raum. In: Mario A. Pfannstiel / Kristin Kassel / Christoph Rasche (Hg.), Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 335-344.
- Fraser, Nancy (2016): Contradictions of capital and care. In: New Left Review 100.
- Geppert, Kurt / Gornig, Martin (2010): Mehr Jobs, mehr Menschen: die Anziehungskraft der großen Städte wächst. In: DIW Wochenbericht 77/19, 2-10.
- Haller, Lisa Yashodhara (2018): Kapital – Staat – Geschlecht. Eine theoretische Analyse der Vermittlungszusammenhänge. In: Friederike Beier / Lisa Yashodhara Haller / Lea Haneberg (Hg.), Materializing feminism. Positionierungen zu Ökonomie, Staat und Identität. Münster: Unrast, 69-93.
- Hans-Böckler-Stiftung (2024): Arbeitsbedingungen in der Pflege. <https://www.boeckler.de/de/auf-einen-blick-17945-zahlen-und-studien-zum-pflegenotstand-und-wege-hinaus-17962.htm> (letzter Zugriff am 29.7.2024).
- Harding, Sandra G. (Hg.) (2004): The feminist standpoint theory reader. Intellectual and political controversies. New York: Routledge.
- Harvey, David (2007): Räume der Neoliberalisierung. Zur Theorie der ungleichen Entwicklung. Hamburg: VSA.
- Heiber, Stefanie / Bird, Rona / Lottmann, Ralf (2023): Räume für queeres Alter(n). In: Feministische Geo-RundMail Nr. 94 | August 2023, 27-32.
- Hermann, Ursula (2018): Palliative Care im Fokus von Supervision. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Huxhold, Oliver / Engstler, Heribert (2019): Soziale Isolation und Einsamkeit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: Claudia Vogel / Markus Wettstein / Clemens Tesch-Römer (Hg.), Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 71-89.
- Kauffmann, Jessica / Müller, Evelyn / Becker, Gerhild (2021): Belastungen, Ressourcen und der berufliche Verbleib von Mitarbeitenden in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Bayern. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 22/01, 47-54.
- Klie, Thomas (2014): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. Pattloch eBook.
- Konnertz, Ursula (2020): Tod, Sterben und Geschlecht. In: Héctor Wittwer / Daniel Schäfer / Andreas Frewer (Hg.), Handbuch Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik. Stuttgart: J.B. Metzler, 165-171.
- Kugler, Charlotte M. / Pieper, Dawid (2024): Studie zu Ärzt*innenmangel in Brandenburg erschienen. <https://brandenburg.rosalux.de/news/id/51892/studie-zu-aerztinnenmangel-in-brandenburg-erschieden> (letzter Zugriff am 27.10.2024).
- Loke, Susanne (2023): Einsames Sterben und unentdeckte Tode in der Stadt. Über ein verborgenes gesellschaftliches Problem. Bielefeld: transcript.
- Lübking, Uwe (2020): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung auf dem Lande. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 74/2, 8-15.
- Lutz, Helma (2018): Care migration: The connectivity between care chains, care circulation and transnational social inequality. In: Current Sociology 66/4, 577-589.
- Machin, Amanda (2022): Bodies of democracy. Modes of embodied politics. Bielefeld: transcript.

- Marschner, Noah (2023): Eingeschränkte Solidarität. Ein intersektionaler Blick auf Klassenverhältnisse in queeren Alterswohnprojekten. In: Feministische Geo-RundMail Nr. 94 | August 2023, 33-37.
- Mühlensiepen, Felix / Thoma, Samuel / Marschke, Judith / Heinze, Martin / Harms, Dirk / Neugebauer, Edmund A. M. / Peter, Sebastian von (2019): „Wenn die mal nicht mehr kommen würden, dann kriege ich eine Krise“. In: Der Schmerz 33/4, 320-328.
- Nauck, Friedemann / Jansky, Maximiliane (2018): Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung. In: DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift 143/08, 558-565.
- Onnen, Corinna / Stein-Redent, Rita (2017): Frauen sterben anders als Männer. Soziologische Überlegungen zu einer demographischen Beobachtung. In: Nina Jakoby / Michaela Thönnies (Hg.), Zur Soziologie des Sterbens. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 71-89.
- Osterloh, Falk (2023): Geburtshilfe: Zu wenig Geld, zu wenig Ärzte. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/229457/Geburtshilfe-Zu-wenig-Geld-zu-wenig-Aerzte> (letzter Zugriff am 27.10.2024).
- Parker, Brenda (2011): Material matters: Gender and the city. In: Geography Compass 5/6, 433-447.
- Petra-Kelly-Stiftung (2023): Schwangerschaftsabbruch in Deutschland – ein Hürdenlauf. <https://www.petrakellystiftung.de/de/2023/12/20/schwangerschaftsabbruch-deutschland-ein-huerdenlauf> (letzter Zugriff am 29.7.2024).
- Rees, Yann / Rees, Jonas / Zick, Andreas (2021): Menschenfeindliche Orte–Regionale Ausprägungen rechtsextremer Einstellungen in Deutschland. In: Andreas Zick / Beate Küpper (Hg.), Die geforderte Mitte. Rechtsextreme und demokratiegefährdende Einstellungen in Deutschland 2020/21. Bonn: Dietz, 112-122.
- Sevenhuijsen, Selma (1998): Citizenship and the ethics of care. Feminist considerations on justice, morality, and politics. London/New York: Routledge.
- Statista (2023a): Studierende der Medizin nach Geschlecht bis 2021/2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/200758/umfrage/entwicklung-der-anzahl-der-medizinstudenten/> (letzter Zugriff am 1.5.2023).
- Statista (2023b): Geschlechterverteilung unter Pflegekräften 2021. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1029877/umfrage/verteilung-von-pflegekraefte-in-deutschland-nach-pflegeart-und-geschlecht/> (letzter Zugriff am 1.5.2023).
- Statistisches Bundesamt (2024): Mehr Pflegebedürftige. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html> (letzter Zugriff am 31.1.2024).
- Tischler, Luisa / Beyer, Angelika / Moon, Kilson / Hoffmann, Wolfgang / Berg, Neeltje van den (2023): Auswirkungen der Schließung der pädiatrischen Abteilung eines Kreiskrankenhauses auf die regionale Versorgung – Analyse der Patientenflüsse. In: Das Gesundheitswesen 85/S 03, S205-S211.
- Tronto, Joan C. (2015): Who cares? How to reshape a democratic politics. Ithaca: Cornell Selects.