

# Sterben unter organisierten Bedingungen

Zum thanatsoziologischen Beitrag  
von David Sudnow

## Dying Under Organised Conditions

On David Sudnow's Contribution  
to Thanato Sociology

Matthias Meitzler und Michaela Thönnies

Der Artikel widmet sich David Sudnows erstmals 1967 erschienener ethnografischer Untersuchung zur Organisation des Sterbens in Krankenhäusern. Zunächst werden Sudnows akademischer Werdegang, die damaligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des Sterbens sowie das Forschungsdesign seiner Krankenhausstudie skizziert. Auf deren Kernkenntnisse richtet sich anschließend die Aufmerksamkeit. Neben Sudnows Konzeption des sozialen Todes gehören dazu u. a. solche Diskurse wie der organisationspezifische Umgang mit dem toten Körper, Fehl- bzw. Totgeburten und Trauer. Abschließend wird nach der heutigen (thanato-)soziologischen Relevanz von Sudnows Arbeit gefragt.

*Ethnomethodologie, Sterben, Krankenhaus, sozialer Tod, Leiche*

The article addresses David Sudnow's ethnographic study (first published in 1967) on the organisation of dying in hospitals. In a first step, Sudnow's academic career, the social conditions of dying at the time and the research design of his hospital study are outlined. Subsequently, attention is directed to some of the most important findings. In addition to Sudnow's conception of social death, these include such discourses as the organisational treatment of the dead body, miscarriages or stillbirths and mourning. Finally, the current (thanato-)sociological relevance of Sudnow's study is discussed.

*Ethnomethodology, dying, hospital, social death, dead body*

»Faktisch ist das Sterben Teil einer sozialen Ordnungsform. Wenn ein Mensch stirbt, hat das immer mehr oder weniger starke Auswirkungen auf die Gedanken, Anliegen, Pläne, Aktivitäten, Aussichten und das gesamte Lebensschicksal anderer.« (Sudnow 1973: 82)

Bis heute greift die Thanatsoziologie immer wieder auf die in den USA der 1960er Jahre erstmals mit qualitativen Methoden operierende Sterbeforschung zurück. Die ethnografischen Krankenhausstudien von Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss (1968; dies. 1974 [1965]; dies. 1998 [1967]), in denen nicht

nur ein theoretisches Modell zur Interaktion mit Sterbenden, sondern mit der *Grounded-Theory-Methodologie* zugleich ein eigenes Forschungsverfahren entwickelt wurde, gehören zum Standardrepertoire zitierter Literatur in thantosoziologischen Schriften. Zur etwa gleichen Zeit erschienen die Ergebnisse des US-amerikanischen Soziologen David Sudnow. Wenngleich seine ebenfalls im Klinik-Kontext durchgeführte Untersuchung *Organisiertes Sterben* (Sudnow 1973 [1967]) ein wenig im Schatten der Arbeiten von Glaser und Strauss steht, leistete Sudnow ebenfalls einen wichtigen Beitrag für die qualitative Thantosoziologie. In dem vorliegenden Beitrag möchten wir uns mit Sudnows Studie im Allgemeinen und insbesondere mit ihrer heutigen Relevanz auseinandersetzen.

### Zur Person David Sudnow

David Nathan Sudnow wurde als Sohn eines Sozialarbeiters, der zugleich als Bar-Pianist und Pharmazeutiker tätig war, am 18. November 1938 in New York geboren (Miller 1993). Die ersten biografischen Spuren als Sozialwissenschaftler lassen sich an der Indiana University (Bloomington) auffinden, wo er 1960 sein Studium der Soziologie mit einer Arbeit über die experimentelle Untersuchung von Konformität abschloss, um im Folgejahr an der University of California (Berkeley) seine Promotion zu beginnen (Berkeley University 2021). Sudnow war einer der frühen Vertreter der Ethnomethodologie. In diesem von seinem wissenschaftlichen Mentor Harold Garfinkel maßgeblich entwickelten soziologischen Ansatz geht es darum, jene Prinzipien und Mechanismen zu bestimmen, anhand derer Akteure ihre alltägliche Interaktion sinnhaft strukturieren und damit soziale Ordnung schaffen (Garfinkel 2020). Im Unterschied zur strukturfunktionalistischen betont die ethnomethodologische Sichtweise die Leistung der Einzelnen, Normen zu interpretieren und eigene (insbesondere Sprach-)Handlungen an die jeweils vorgenommene Sinnzuschreibung anzupassen. In diesem Fokus auf die individuelle Situation liegt der soziologisch wertvolle erkenntnistheoretische Gewinn des Konzepts (vgl. Matthes/Schütze 1981: 16).

Sudnows konkrete Vorstellungen vom wissenschaftlichen Arbeiten spiegeln sich bereits in einem frühen Dokument wider. Im Vorwort der von ihm 1963 editierten Universitätszeitung (die, anders als vor und nach seinem Engagement, überwiegend ethnografische Texte aufwies) erläutert er den Zweck eines studentischen Publikationsorgans, welcher nicht lediglich in der Einübung des wissenschaftlichen Publizierens bestehen könne und solle. Vielmehr komme es darauf an, einen Raum für neue Ideen, Denkrichtungen, Forschungsstile und Untersuchungsgegenstände zu schaffen (Sudnow 1963). Das Ideal des selbstbewussten innovativen Denkens und Forschens sowie die kriti-

sche Auseinandersetzung mit den sozialen Bedingungen entspricht ganz dem damaligen Zeitgeist, wie sich u. a. aus den Beschreibungen der Berkeley-Alumna Arlie Russell Hochschild herauslesen lässt, die ihre Eindrücke der ersten beiden Jahre an dieser Universität vor dem Hintergrund der damaligen politischen Unruhen und gesellschaftlichen Umbrüche schildert. Herbert Blumer tritt demnach auch schon mal am Trinkwasserspender vor die Studierenden-gruppe und gibt praktische Tipps für Tränengaseinsätze bei Demonstrationen auf dem Campusgelände. Dabei dürfte sich wohl nicht nur Russell Hochschild besonders privilegiert gefühlt haben, wenn sie als Studierende u. a. mit Neil Smelser, Erving Goffman, Reinhard Bendix, Robert Blauner oder Robert Bellah zusammenarbeiten konnte (Russell Hochschild 2021).

1965 wurde Sudnow an der neu gegründeten University of California in Irvine zunächst Assistent von Harvey Sacks, bis er 1970 selbst eine Professur übernehmen konnte. Mit der Berufung nach Irvine gelangte er in ein für ihn ungewohntes Umfeld, das aus quantitativ arbeitenden Forscher\*innen bestand (vgl. Kavanagh 2020: 38). Der Kreis sollte mit Sacks als Pionier der Ethnomethodologie interdisziplinär geöffnet werden. Sacks und Sudnow starteten in einen Forschungsalltag, der frei war von den sonst üblichen administrativen Organisationsstrukturen wie Departements oder Fachbereichen, was ihnen eine autonome Gestaltung der Inhalte ihrer Professuren ermöglichte. Währenddessen begleiteten sie gemeinsam Garfinkels Neugründung des *Center for the Study of Law and Society* (vgl. Schegloff 1989: 188).

Neben seiner Publikation über das Sterben im Krankenhaus befasste sich Sudnow mit dem Strafrecht (Sudnow 1965), mit kommunikativen Körperbewegungen am Beispiel flüchtiger Blicke (Sudnow 1972) sowie mit der Interaktion zwischen Spieler und Videospiele (Sudnow 1983). Seinem Buch über die autodidaktische Aneignung des Klavierspiels (Sudnow 1978), für das ihm ein Guggenheim Fellowship verliehen wurde, folgte eine weiterführende Auseinandersetzung mit dieser Thematik (Sudnow 1979). Durch die Entwicklung einer eigenen Lernmethode (*The Sudnow Piano Method*; Sudnow 2012) für das Klavierspiel erlangte Sudnow, der damit das musikalische Erbe seines Vaters würdigte, im außerakademischen Kontext größere Bekanntheit (Bergmann et al. 2019). Während seiner vergleichsweise kurzen soziologischen Karriere war er an verschiedenen Universitäten (neben Berkeley und Irvine auch in Santa Barbara) tätig und hatte überdies einige Gastprofessuren in Europa (u. a. in Kopenhagen) inne. Am 20. Juli 2007 starb Sudnow im Alta Bates Hospital in Berkeley im Alter von 68 Jahren an einer Krebserkrankung (Mandell 2007) – als Patient eines Systems der Sterbeorganisation, das er Jahrzehnte zuvor selbst untersucht hatte.

## Lebensverlängerung und Sterbensverlagerung

Sudnows Studie *Organisiertes Sterben* basiert auf seiner 1965 eingereichten, von Goffman betreuten Doktorarbeit. Sie wurde erstmals 1967 unter dem englischen Originaltitel *Passing On. The Social Organization of Dying* publiziert. Die deutsche Übersetzung erschien sechs Jahre später in der Schriftenreihe *Conditio humana* des Fischer-Verlags. Um die Inhalte dieser empirischen Untersuchung besser einordnen zu können, bedarf es zunächst einer genaueren Betrachtung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, unter denen sie durchgeführt wurde.

Im Laufe des 20. Jahrhunderts führten u. a. der Rückgang der Säuglingssterblichkeit sowie die allgemein verbesserten Lebensbedingungen und insbesondere Entwicklungen innerhalb der (Intensiv-)Medizin zu einer deutlichen Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung (Imhof 1981). Mit dem Leben hat sich aber auch das Sterben verlängert. Anders als in vormodernen Zeiten wurde weniger plötzlich und seltener durch äußere Gewalteinwirkung gestorben, sondern meist über einen langwierigen Zeitverlauf, der im hohen Alter bzw. infolge einer oder mehrerer schweren Erkrankungen einsetzt (vgl. Glaser/Strauss 1968: 57; Schiefer 2007: 141). In der Konsequenz verbrachten zunehmend mehr Menschen ihre letzten Tage, Wochen, mitunter sogar Jahre unter intensiver medizinisch-pflegerischer Betreuung. Schmerzen, soziale Isolation und die stark eingeschränkte Handlungsautonomie prägten die letzten Lebensphase dieser Patient\*innen (Elias 2002).

Dass Sudnow ausgerechnet das Krankenhaus wählte, um in der Betrachtung einer Organisation etwas über den zeitgenössischen Umgang mit dem Sterben zu erfahren, leuchtet vor dem Hintergrund der Tatsache ein, dass die Klinik bereits zu diesem Zeitpunkt zum primären Ort des Sterbens geworden war (Coombs/Powers 1975). Nachdem Menschen zuvor überwiegend im häuslichen Umfeld und in der Gegenwart von Familienangehörigen gestorben sind, wurde die Hauptverantwortung im Zuge der Professionalisierung und Medikalisierung allmählich in die Obhut medizinischer Expert\*innen übergeben; dies forcierte einen Ortswechsel (Schmied 1988; Nassehi/Weber 1989). Die Rolle des Krankenhauses als ›Sterbeinstitution‹ gestaltete sich jedoch von Beginn an als problematisch, weil die Behandlung von unheilbar kranken Menschen, deren Lebensende kurz bevorsteht, dem Selbstverständnis der Klinik als Stätte der Heilung und der Rettung von Leben entgegensteht. Diese Diskrepanz wurde gegen Ende des 20. Jahrhunderts unter solchen Schlagworten wie ›Verdrängung‹ oder ›Vereinsamung‹ konstatiert und kritisiert (vgl. Ariès 2005: 730). Für Sudnows Arbeit bildet sie eine spannungsreiche Ausgangssituation.

## Ethnografie des Todes

Sudnow verbrachte »in der Rolle des nichtpartizipierenden Beobachters« knapp neun Monate in »einem großen Fürsorgekrankenhaus mit städtischem Einzugsgebiet an der Westküste der vereinigten Staaten« und weitere fünf Monate in »einem Privatkrankenhaus im Mittelwesten« (7).<sup>1</sup> Angelegt als »Ethnographie des Todes« geht es der Arbeit darum, »den Vorgang des Sterbens und das Eintreten des Todes aus der Nähe zu verfolgen, das Verhalten des ärztlichen und des Pflegepersonals mit der größtmöglichen Genauigkeit aufzuzeichnen und einige allgemeine Merkmale dieser Verhaltensweisen zu analysieren« (ebd.). Nach eigenen Angaben hat Sudnow während seines Feldaufenthalts insgesamt »in etwa 200-250 Todesfälle unmittelbar beobachtet« (11). Neben der Teilnahme an und der Bezeugung von diversen organisationsspezifischen Abläufen<sup>2</sup> konnte er sich mit Mediziner\*innen, Pflegenden und in seltenen Fällen auch mit Angehörigen unterhalten.<sup>3</sup> Dabei verblieb er nicht nur in der Rolle des distanzierten Beobachters, sondern brachte sich ganz im Sinne der ethnografischen Forschungshaltung bisweilen auch selbst ein, indem er bei bestimmten Tätigkeiten (wie etwa dem Heben einer Leiche auf die Transportbahre) mithalf.

Die beiden Hospitäler, in denen Sudnow forschte (er gibt ihnen die Namen ›County‹ und ›Cohen‹) sind in etwa gleich groß, weisen jedoch »völlig andere soziale Verhältnisse« (8) auf. Dies betrifft insbesondere den sozialen Status der Patient\*innen: Während im County überwiegend Personen aus der Unterschicht untergebracht sind, können die Patient\*innen in der Cohen-Klinik der Mittelschicht zugeordnet werden. Weil Sudnow die meiste Zeit seiner Forschung im County verbracht hat, beziehen sich seine Ausführungen überwiegend auf dieses Krankenhaus. Das Cohen dient ihm wiederum als Vergleichsfolie, um »die im County gemachten Feststellungen auf ihre Allgemeingültig-

---

1 Seitenangaben ohne Autorennennung beziehen sich im gesamten Artikel auf Sudnow 1973.

2 »Ich habe regelmäßig an den täglichen Morgenvisiten und Ärztebesprechungen teilgenommen, außerdem an den wöchentlichen Fachbesprechungen der Gefäßchirurgen, Krebspezialisten, Geburtshelfer usw. [...]. Während des übrigen Tages hielt ich mich auf den Stationen und in Schwesternzimmern auf, versuchte, soviel wie möglich von den Gesprächen auf den Gängen mitzubekommen, begleitete die behandelnden Ärzte zu bestimmten Fällen, beobachtete Operationen, Geburten und Obduktionen, besuchte die Wartezimmer und Erfrischungsräume [...].« (12)

3 Etwaige Gespräche mit Patient\*innen erwähnt Sudnow in diesem Zusammenhang nicht, was wohl vor allem dem Umstand geschuldet sein dürfte, dass deren gesundheitliche Verfassung »[k]eine ›soziale Interaktion‹ im eigentlichen Sinne des Wortes« (83) ermöglichte.

keit hin zu überprüfen« (10) und Differenzen hinsichtlich bestimmter medizinischer Versorgungs- und kommunikativer Umgangsweisen aufzuzeigen.

Obschon er feststellt, dass einige Patient\*innen über ihre unausweichlich tödlich endende Erkrankung in Unkenntnis gelassen und diesbezüglich mithin sogar angelogen werden, steht das »Informationsmanagement« in der Interaktion zwischen Patienten und Pflegepersonal« (83) – anders als bei Glaser und Strauss, auf die er gleichwohl an der einen oder anderen Stelle verweist<sup>4</sup> – nicht im Vordergrund von Sudnows Organisationsanalyse. Letztere betreibt er vielmehr mit der Absicht, »die praktisch-organisatorischen Arbeitsverhältnisse im Krankenhaus und den Platz, den das Sterben und der Tod in der Berufssphäre des Krankenhauspersonals einnehmen, zu beschreiben« (217). Wer sind die Akteure in diesem Feld, welche Rollen nehmen sie ein, wie gehen sie unter welchen Bedingungen miteinander um, wie teilen sie ihre Arbeit untereinander auf und welche Beziehung haben sie zum Sterben und den Sterbenden? Um diese Fragen adäquat beantworten zu können, sei es Sudnow zufolge unabdingbar, »das Sterben als ein problematisches und klärungsbedürftiges Phänomen zu behandeln; denn erst wenn man dieses Phänomen versteht, ist man in der Lage, die von ihm ausgelösten Aktivitäten und Praktiken hinreichend genau zu lokalisieren« (83).

Die Kernprämisse der Studie besteht darin, Sterben nicht bloß als rein biologischen Vorgang, sondern als Prozess zu begreifen, der innerhalb sozialer Rahmungen erkannt, gedeutet und gestaltet wird. Daher gelte es, »Sterben« und »Tod« als für die soziale Organisation relevante Vorkommnisse zu erfassen« (7) und dabei »die sozialen Strukturen bestimmter todesbezogener Kategorien aufzudecken« (15). Ohne die biologischen Wurzeln des Sterbens zu leugnen, betont Sudnow, dass Letzteres nicht einfach objektiv gegeben sei, sondern durch die soziale Organisation gewissermaßen hervorgebracht werde. Um »die soziale Seite dieser Naturgegebenheiten in den Griff zu bekommen« (14f.), konzipiert er Sterben und Tod als »Produkte praktischer Entscheidungsprozesse [...], die den von einer sozialen Organisation festgelegten Regeln folgen« (14). Was Sterben und Tod im Krankenhaus bedeuten, steht somit nicht schon von vornherein fest, sondern wird erst innerhalb des professionellen Settings, also im Vollzug von Interaktionen bzw. Praktiken ausgehandelt (zur konstruktivistischen Facette des Sterbens aus späterer Sicht siehe Charmaz 1980; Schneider 2014; Streckeisen 1994). Vor diesem Hintergrund lässt sich auch begründen, weshalb hinsichtlich des Sterbebeginns und des Todeseintritts weder verbindliche noch endgültige Bestimmungen existieren. Selbst ein

---

4 Im Vorwort richtet Sudnow seinen Dank u. a. an Anselm Strauss, der seinem »Projekt im Sommer 1963 die nötige Starthilfe gegeben hat« (4). Worin diese im Genauen bestand, führt er leider nicht weiter aus.

so vermeintlich objektiver Sachverhalt wie die klinische Todesdiagnose stellt sich in Anbetracht ihrer facettenreichen und wandlungsvollen Geschichte als zeit-, kultur- und standpunktabhängig heraus (Schlich/Wiesemann 2001). So betrachtet, geht es in Sudnows Buch also nicht um Sterben und Tod ›an sich‹, sondern vielmehr um die »Untersuchung derjenigen Aktivitäten [...], die ›Sterben‹ und ›Tod‹ als für das Krankenhauspersonal bedeutsame Ereignisse *produzieren*« (217f.).

## Zentrale Erkenntnisse der Studie

Um die Organisationsroutine aufrechtzuerhalten, sei es Sudnow zufolge für das Klinikpersonal notwendig, Patient\*innen, »bei denen man annimmt, daß sie nicht noch einmal entlassen werden können« (95), als Sterbende zu ›rahmen‹ und entsprechend zu behandeln.<sup>5</sup> Dieser institutionelle Umgang sei maßgeblich durch die krankenhausspezifische Vorgabe der ›Massenabfertigung‹, der Konstruktionen von Behandlungskategorien und der damit einhergehenden De-Individualisierung begründet. Besteht kein Zweifel mehr am zeitnahen Exitus, verändern Mediziner\*innen und Pflegekräfte ihr Verhalten gegenüber den Patient\*innen. Sudnow verwendet in diesem Zusammenhang den wohl am häufigsten mit seiner Arbeit assoziierten Begriff des *sozialen Todes*.<sup>6</sup>

Dieser dem klinisch diagnostizierten Lebensende vorgelagerte Zustand ist dadurch gekennzeichnet, dass Sterbende über die medizinisch-pflegerische Versorgung hinaus von ihrer Umwelt nicht mehr als sozial handlungsfähige Akteure anerkannt und somit »im wesentlichen als Leiche behandelt« werden (98). In ihrer Gegenwart werde etwa über Dinge gesprochen, »die absolut tabu wären, wenn [...] [sie] bei Bewußtsein wäre[n]« (ebd.: 116). Neben Leichenabholung, Bestattung und ggf. Obduktion sind auch solche Angelegenheiten gemeint wie »die Benachrichtigung der zuständigen Versicherungsgesellschaften, die Vorbereitung von Todesanzeigen und Nachrufen, die Testamentseröffnung, das Übertragen von Besitztiteln, die Wiederverheiratung usw.«. Im Vordergrund stehen also »diejenigen organisatorischen, zeremoniellen und ökonomischen Aktivitäten [...], die im Zusammenhang mit einem Todesfall

---

5 Einen Ausbruch aus der Routine stellt indes der Tod von Kindern dar. Sudnow berichtet u. a. von Krankenschwestern, die angesichts solcher Umstände »in fassungsloses Weinen ausbrachen« (219). Während man sonstigen Todesfällen üblicherweise mit einer Mixtur aus »indifferente[r] Effizienz« (220) und »distanzierte[r] Gelassenheit« (222) begegnet, scheint der Tod mancher (in diesem Fall: sehr junger) Patient\*innen besonders tragisch zu sein.

6 Dessen Geschichte reicht im Übrigen bis zu den Anfängen der Soziologie zurück: Schon Auguste Comte sprach vom »mort sociale« (zit. nach Fuchs-Heinritz 2020: 155).

auftreten und das unwiderrufliche Ende der sozialen Existenz des Verstorbenen markieren« (99).

Ferner kommen körperbezogene Praktiken zur Anwendung, die dem späteren Abtransport der Leiche dienen und vor allem zeitökonomischen Maximen folgen. Eine von Sudnow zitierte Krankenschwester erklärt, dass sie Patient\*innen, deren Ableben für die nächsten Stunden bzw. Minuten erwartet wird, bereits die Augenlider verschließe, weil dies bei Verstorbenen (deren Augen sich aufgrund der eingetretenen Leichenstarre manchmal wieder von allein öffnen) wesentlich schwieriger sei. Neben den Klinikmitarbeiter\*innen seien aber auch die Angehörigen an der Konstruktion des sozialen Todes insofern beteiligt, als sie die Sterbenden in manchen Fällen vorzeitig betrauern. Ihre Besuche sind zwar grundsätzlich erlaubt; weil sie die Routine der Einrichtung potenziell gefährden und einen größeren Zeitaufwand verursachen können, erfreuen sie sich auf der Station jedoch keiner allzu großen Beliebtheit.

Mit dem Terminus des sozialen Todes bezieht sich Sudnow auf seinen akademischen Lehrer Goffman, der in seiner bekannten Studie über *Asyle* vom »bürgerlichen Tod« spricht (Goffman 1977: 26). Dieser liege beispielsweise bei Gefängnisinsassen vor, die für längere Zeit von der Außenwelt getrennt sind und mit dem Eintritt in die *totale Institution* der Haftanstalt ihre vorherigen sozialen Rollen verlieren. Sudnow gebraucht den Begriff »jedoch in einem eingeschränkten Sinne, der sich nicht unbedingt mit den Intentionen Goffmans deckt« (96), und wendet ihn ausschließlich auf jene Personen an, bei denen »es um den Tod im buchstäblichen Sinn des Wortes geht« (99). Damit ist der soziale Tod der terminalen Lebensphase vorbehalten und in erkennbarer zeitlicher Nähe zum physiologischen Lebensende lokalisiert (vgl. Schmied 1988: 116f.).<sup>7</sup> Demnach sterben etwa die Häftlinge im Gefängnis zwar den bürger-

---

7 Zwar ist in Sudnows Arbeit von »offiziellen ›Todeskandidaten« zu lesen, die »sich so weit erholt« haben (97), dass sie sogar wieder entlassen werden. Dies komme jedoch nur äußerst selten vor – wie etwa in jenem skurrilen Fall eines Mannes, »der mit einem perforierten Zwölffingerdarmgeschwür in der Unfallambulanz eingeliefert wurde. [...] Man teilte seiner Frau mit, daß es sehr schlecht um ihn stehe, woraufhin sie ihre Krankenhausbesuche einstellte. Nach vierzehn Tagen hatte der Mann sich jedoch bemerkenswert gut erholt und wurde zur ambulanten Weiterbehandlung entlassen. Schon am nächsten Tag wurde er erneut eingeliefert, diesmal mit einem Herzinfarkt. Bevor er starb, konnte er gerade noch berichten, was er erlebt hatte, als er nach Hause gekommen war: seine Frau hatte seine sämtlichen Kleider und persönlichen Habseligkeiten schon aus der Wohnung geschafft, erste Kontakte mit einem Bestattungsinstitut aufgenommen (auf seinem Schreibtisch lag ein Brief, in dem sie um Zusendung eines Prospekts über Beerdigungen unterschiedlicher Preislage bat), außerdem hatte sie ihren Ehering abgelegt, war in Gesellschaft eines fremden Mannes und über sein Auftauchen sichtlich schockiert. Der Mann hatte auf dem Absatz kehrngemacht, war in die nächste Kneipe gegangen, hatte sich sinnlos betrunken und eine – diesmal tatsächlich tödliche – Herzattacke erlitten« (102).

lichen, nicht aber den sozialen Tod, wie ihn Sudnow entwirft. Obschon sie von der sozialen Welt jenseits der Gefängnismauern weitestgehend abgeschottet werden, bleiben sie nach wie vor in soziale Interaktionszusammenhänge eingebunden (wechselseitige Kontakte mit anderen Insassen, dem Gefängnispersonal, Besuchenden usw.; Viggiani 2006). Nach der Entlassung besteht die prinzipielle Möglichkeit der ›bürgerlichen Rehabilitation‹ – Goffman (1952) verwendet die Metapher »cooling the mark out« –, üblicherweise bleibt jedoch das mit der Haft verbundene Stigma weiter bestehen. Im Unterschied zu den zwar (physisch und sozial) lebendigen, aber eben stigmatisierten (ehemaligen) Strafgefangenen haben die Sterbenden im Klinikbett bzw. die Toten auf dem Friedhof zwar keine Aussicht mehr auf ›soziale Genesung‹, durch ihren ›Seinszustand‹ erfahren sie aber auch keinen Reputationsverlust.

Mit dem sozialen Tod veranschaulicht Sudnow, dass Sterben ein mehrdimensionales Geschehen ist<sup>8</sup> und der Übergang vom Leben in den Tod längst nicht so eindeutig ausfällt, wie dies gemeinhin angenommen wird (siehe auch Benkel/Meitzler 2018a). Hieraus ergibt sich die paradoxe Konstellation, dass man bereits als Sterbender – und damit als (Noch-)Lebender – ›tot‹ sein kann.

Umgekehrt können, so ließe sich Sudnows Ansatz erweitern, Menschen für bald kürzere, bald längere Zeit, nachdem sie physisch gestorben sind, eine gewisse soziale Lebendigkeit genießen. Beispiele hierfür bieten mythische Vorstellungen vom Totenreich, aus dem heraus die Seelen der Verstorbenen weiterhin Einfluss auf die Geschehnisse der Lebenden nehmen (vgl. Fuchs[-Heinritz] 1969: 158; ders. 2020: 156), die Vergegenwärtigung der Toten im Trauer- und Erinnerungskontext (z. B. Meitzler 2016) oder Mediziner\*innen, die Patient\*innen mit diagnostiziertem Hirntod für eine gewisse Zeit so behandeln, als wären sie noch am Leben (Lindemann 2002). Auch das von Sudnow beschriebene absichtsvolle ›Übersehen‹ des Todes durch die Pflegekräfte, die aus taktischen Gründen eine\*n eigentlich schon verstorbene\*n Patient\*in nach wie vor als Lebende\*n behandeln, um sich den ansonsten anfallenden Arbeiten zu entziehen, kann im Sinne eines über den klinischen Tod hinausgezögerten sozialen Todes interpretiert werden.

Wenngleich der klinikinterne Umgang mit Sterbenden einem weitgehend standardisierten Ablauf folge, stellt Sudnow in einigen Punkten gewisse Variationen fest, die auf ein organisationsspezifisches Normensystem zurückgehen. Dies veranschaulicht er am Beispiel sogenannter DOA-Patient\*innen. Die Abkürzung steht für »dead on arrival« und bezieht sich auf jene Personen, »die bei

---

8 Sudnow unterscheidet den sozialen vom klinischen und letzteren wiederum vom biologischen Tod. Während der klinische Tod »vom Arzt anhand bestimmter Symptome konstatiert wird«, lasse sich der biologische Tod »durch das völlige Erlöschen des Zellmetabolismus definieren« (98).

der Einlieferung bereits tot sind« (130) oder zumindest vom Fahrer des Rettungswagens so bezeichnet und mit nur geringen Überlebenschancen in die Notaufnahme gebracht werden. Wie die Patient\*innen in dieser Akutsituation behandelt werden, sei insbesondere abhängig vom ›sozialen Wert‹, der ihnen aufgrund bestimmter Kriterien (vor allem Lebensalter, soziale Position und moralische Bewertung) zugeschrieben werde.<sup>9</sup> Bei niedriger sozialer Wertigkeit fallen, so Sudnows Beobachtung, die Reanimationsanstrengungen insgesamt verhaltener aus und die Notfallmediziner\*innen machen einen gelasseneren Eindruck. »Wenn ein DOA-Fall eingeliefert wird, der nach Alkohol riecht, wird das in der Regel vom untersuchenden Arzt sofort festgestellt und bekanntgegeben – und offensichtlich gilt das als Rechtfertigung dafür, daß man sich bei den anschließenden Wiederbelebungsversuchen nicht gerade übernimmt.« (136) Hieran wird deutlich, dass und inwiefern der soziale dem klinischen Tod nicht nur vorausgehen, sondern sogar im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung zu eben diesem führen kann (vgl. Timmermans 1998: 458). Demgegenüber werden bei Personen mit hoher ›sozialer Wertigkeit‹ selbst dann noch Reanimationsmaßnahmen eingeleitet, wenn längst evident sei, dass sie ›nicht mehr zu retten‹ sind. Ungleichheit komme also darin zum Ausdruck, »daß bei gleicher physischer Verfassung ein eingelieferter Patient ohne weiteres für tot erklärt wird und ein anderer nicht« (132). Mit ironischem Unterton erteilt Sudnow eine resümierende Empfehlung: »Wenn jemand darauf gefaßt sein muß, etwa einer gefährlichen Herzattacke wegen in der Unfallambulanz des County eingeliefert zu werden, kann man ihm nur dringend raten, immer gut angezogen zu sein, Alkohol zu vermeiden und sich öfters die Zähne zu putzen.« (136f.)

## Weiterführende Diskurse

Obwohl der Begriff des sozialen Todes längst zum (thanato-)soziologischen Standardvokabular gehört, bereits zahlreiche kritische Betrachtungen und Weiterführungen erfahren hat (vgl. dazu exemplarisch Feldmann 2010a: 126ff.; Hoffmann 2011: 186f.; Králová/Walter 2017; Schützeichel 2018; Weber 1994) und mittlerweile auch in außerakademischen Kreisen angewendet wird, erschöpft sich der Mehrwert von Sudnows Krankenhausethnografie nicht le-

---

9 Die entsprechende Einstufung sowie der Modus der weiteren Versorgung werden bereits vor Ankunft in der Notaufnahme durch das Verhalten des Fahrers gebnet. Anhand bestimmter Sirenentöne bei der Einfahrt signalisiere er nicht nur, dass es sich um einen DOA-Fall handelt, darüber hinaus bestehe auch »eine erkennbare Beziehung zwischen Länge und Lautstärke des Sirensignals und dem vermuteten ›sozialen Wert‹ des Patienten, der gerade eingeliefert wird« (135).

diglich in diesem Punkt. Ihre detaillierte Betrachtung offenbart einige weitere anschlussfähige Diskurse, Perspektiven und Spezialkontexte.

Dazu gehört u. a. der Umgang mit dem toten Körper, der in der soziologischen Forschung – von wenigen Ausnahmen abgesehen (siehe z. B. Benkel 2013; ders. 2018; Knoblauch/Kahl 2017; Meitzler 2017a; ders. 2018; Streckeisen 2007) – noch immer eine Schattenexistenz fristet. Sudnow betrachtet den Leichnam im Krankenhaus als Auslöser organisationaler Arbeitsabläufe und skizziert dessen Weg von der primären Versorgung im Sterbebett über den Transport in die Leichenkammer bis hin zur Abholung durch das Bestattungsinstitut. Welcher Stellenwert einem toten Körper im Krankenhaus zukommt und wie sichtbar er dort ist, hänge im Wesentlichen davon ab, wer mit ihm wie intensiv zu tun hat. Ein höherer Rang innerhalb der Organisationshierarchie senke demnach die Wahrscheinlichkeit, »dem Anblick einer Leiche ausgesetzt« (59) zu werden.

»Ärzte berühren eine Leiche nur dann, wenn sie den Patienten offiziell für tot erklären oder eine Obduktion leiten, und sie beschränken sich dabei strikt auf die Handgriffe, die bei der Durchführung dieser Aufgaben notwendig sind. [...] Wenn ein Arzt sich im gleichen Raum mit einem Verstorbenen aufhält, kann man interessante Einblicke in die Art gewinnen, in der sich medizinische Perspektiven hinsichtlich Tod und Leichen manifestieren. Sobald ein Patient gestorben ist, gibt es für den Arzt fürs erste (nämlich bis zur Obduktion) keinen legitimen Grund, sich noch weiter mit ihm zu beschäftigen. Das Arzt-Patient-Verhältnis hat sich mit dem Tod erledigt; der Ausdruck des Arztes, der einer Leiche gegenübersteht, spiegelt eher Desinteresse als etwa Unbehagen wider. Mit dem Tod tritt eine ähnliche Situation ein wie bei einem Patienten, der als geheilt entlassen worden ist: bei beiden ist die Basis für professionelles Interesse und Fürsorgepflicht nicht mehr gegeben.« (106f.)

Ein anderes Verhältnis zu toten Körpern hat hingegen der Sektionsgehilfe, dem Sudnow sogar ein eigenes Unterkapitel widmet. Der Sektionsgehilfe sei für »schmutzige Arbeit« (106) zuständig, die immer dann anfalle, wenn ein\*e Patient\*in verstorben und sein/ihr Leichnam auf der Station abzuholen sei. Zu den typischen Aufgaben gehöre das »Umbetten« (ebd.) vom Sterbebett auf die Transportbahre, die Beförderung in die Kühlzellen der Leichenhalle und eventuell die Einleitung notwendiger Schritte für eine anstehende Obduktion. Der Umstand, dass der Sektionsgehilfe von allen Mitarbeitenden den meisten Kontakt mit Leichen hat, verleihe ihm eine gewisse Sonderposition innerhalb der Klinik:

»Die Rolle des Sektionsgehilfen ist, soziologisch gesehen, deshalb besonders interessant, weil seine Aufgaben innerhalb der Krankenhausorganisation sehr eindeu-

tig sind; sein bloßes Erscheinen z. B. bedeutet, daß ein ganz bestimmter Fall eingetreten ist. Selbst wenn der Großteil des Stationspersonals gar nicht weiß, ob jemand während der letzten Stunden gestorben ist oder nicht, gilt dies im Augenblick seines Erscheinens als sicher [...].« (72)

Aufgrund der »Anrühigkeit« (77), welche seiner Tätigkeit anhafte und gewissermaßen zu einer Stigmatisierung führe,<sup>10</sup> genieße der Sektionsgehilfe nur einen relativ geringen Status. Dies werde u. a. an der zugeschriebenen Bedeutung der Blutflecken evident, mit denen seine Arbeitsbekleidung nicht selten »beschmutzt« sei. »Bei einem Chirurgen sind Blutflecken auf dem Kittel kein Schmutz, sondern weisen auf seine Tätigkeit hin«; im Fall des Sektionsgehilfen jedoch »handelt es sich um eine Tätigkeit, die keinen Prestigewert besitzt« (74).

Eine andere Problematik, die Sudnow beleuchtet, betrifft die Überlappung von Lebensanfang und Lebensende bzw. den Umgang mit Fehl- und Totgeborenen. Ab welchem Stadium der intrauterinen Reifung liegt angesichts eines »Exitus im Uterus« (Wettmann 2021: 288) kein »nicht-menschliches Etwas« (142) mehr vor, dessen Körpermaterie über den Klinikabfall zu entsorgen ist, sondern ein menschliches Wesen, das in die amtliche Statistik aufgenommen, in die Leichenhalle verbracht und später bestattet werden muss? Neben quantitativen Kriterien wie Körpergewicht, -länge und Schwangerschaftsdauer beobachtet Sudnow noch weitere Indikatoren von »rein sozialer Natur« (144): »Offenbar gilt die Lautgebung bzw. Atemtätigkeit als Anzeichen dafür, daß der Embryo schon weiterentwickelt ist; ein Wesen, das Töne von sich gibt, kann man anscheinend nicht mehr so leicht nur als »Ding« betrachten.« (143) Die Frage, wie sehr ein Mensch gelebt haben muss, um überhaupt als tot bzw. als Leiche gelten zu können, hat bis heute nicht an Brisanz verloren (siehe z. B. Joerden 2010; Meitzler 2022) und stellt sich umso mehr in Anbetracht der (nicht) zugestandenen Trauer im Falle einer Fehlgeburt. Zu Sudnows Zeit waren Totgeborene gemäß der WHO dadurch gekennzeichnet, dass sie keine Lebenszeichen aufwiesen und die Schwangerschaftsdauer mindestens 28 Wochen betrug. Erst nach Erscheinen der Studie wurde als weiteres Kriterium die Grenze von 500 Gramm herangezogen. Eine »Leibesfrucht«, die dieses Gewicht

---

10 Sudnow beschreibt den im County tätigen Sektionsgehilfen »John« als »»Gefangene[n] seiner Rolle«. Sein Hauptproblem bestand immer wieder darin, sich im Haus so zu bewegen, daß die anderen nicht sofort meinten, er wäre bei der Arbeit« (72). Dies erreichte er insbesondere durch den Wechsel seiner Kleidung während der Arbeitspausen. Anders als etwa die Chirurgen, die ihre OP-Kittel auch in der Kantine anbehielten, »machte John es sich zur Gewohnheit, vor dem Mittagessen stets seinen Operationskittel [...] mit der hausüblichen Pflegeruniform zu vertauschen«. Zudem sei er als Einziger »im County je im weißen Hemd und mit Krawatte gesehen worden« (73). Sudnow interpretiert dies als Versuch, sich in bestimmten Situationen von seiner Rolle und den ihr zugeschriebenen Attributen zu distanzieren.

unterschreitet, wäre demnach als Fehlgeburt zu deklarieren. Im Unterschied zu Tot-erhaltenen Fehlgeborenen lange nicht den Status eines (gewesenen) Menschen und in der Folge auch keine Bestattung. Eltern fehlgeborener Kinder wurde somit nicht nur die Möglichkeit eines Beisetzungsortes genommen, sondern letztlich auch die Trauer aberkannt (zur sogenannten *disenfranchised grief* siehe u. a. Attig 2004; Doka 1989). Hierzulande veränderte sich dies erst mit der Novellierung des Personenstandsgesetzes im Jahr 2013, wonach nun auch verstorbene Kinder unter 500 Gramm auf Wunsch der Eltern bestattet werden können (vgl. Preuß 2018: 56f.; Spranger/Groß 2021).

Der bereits angesprochene und in der damaligen Forschungslandschaft noch wenig beleuchtete Aspekt der Trauer erhält in Sudnows Überlegungen einen besonderen Platz. In einem mit »Anmerkungen zur Soziologie der Trauer« überschriebenen Kapitel (197ff.) sowie an einigen weiteren Stellen richtet er seine Aufmerksamkeit auf die Hinterbliebenen. Nicht nur die Rolle des/der Sterbenden, sondern auch des/der Hinterbliebenen sei nicht lediglich vorhanden, sondern werde sozial hervorgebracht. Die doppelte Belastung der Hinterbliebenen bestehe laut Sudnow darin, dass sie neben dem zu bewältigenden Verlust auch der Unsicherheit ausgesetzt seien, wie sie sich in der ihnen fortan zugeschriebenen Rolle als »Leittragender« (169) angemessen zu verhalten haben. Dies betrifft u. a. die (Wieder-)Aufnahme von »Aktivitäten [...], denen sie vor Eintritt des Todesfalls nachzugehen pflegten« (177), aber auch die Reaktion auf permanente Beileidsbekundungen. Die damit verbundene normative Facette, die nicht nur die Trauernden selbst, sondern auch den Umgang mit ihnen betrifft, erinnert unweigerlich an die schon von Emile Durkheim (1994: 532) notierte Einsicht, dass Trauer »kein spontaner Ausdruck individueller Gefühle« und »keine natürliche Bewegung der persönlichen Sensibilität« sei, sondern »eine Pflicht, die von der Gruppe auferlegt wird. Man klagt nicht, weil man traurig ist, sondern weil man die Pflicht hat, zu klagen«.

Die Verbindlichkeit dieser Pflicht und das Sanktionsmaß bei Nichteinhaltung seien Sudnow zufolge abhängig von den konkreten Beziehungsverhältnissen sowohl der Trauernden zu den Verstorbenen wie auch Dritten gegenüber den Trauernden. Für die Trauernden bestehe hierbei nicht selten eine Diskrepanz zwischen der persönlichen Empfindung und den Erwartungserwartungen an ihr soziales Umfeld, welches wiederum »nicht in der Lage ist, zu beurteilen, ob der durch den Todesfall [...] ausgelöste Schmerz bereits abgeklungen ist oder nicht. Die antizipierte Behandlung als Leidtragender durch Dritte trägt dazu bei, daß der Leidtragende seinen Status beibehält oder ihn zumindest nach außen hin demonstriert« (177). Sudnows konsequente Verwendung des Begriffs des »Leidtragenden« provoziert nebenbei die interessante Frage, welches Leid die Trauernden tragen – ihr eigenes oder nicht auch, vielleicht sogar vorrangig, jenes Leid, das andere ihnen zuweisen?

Trotz allem warnt Sudnow davor, Trauernden ihre tatsächliche Betroffen-

heit und Erschütterung jenseits der sozialen Gepflogenheiten abzusprechen. Schließlich handele es sich bei Trauer nicht lediglich um eine Inszenierung für andere, bei der die Hinterbliebenen ›insgeheim‹ gar nicht affektiv berührt sind. Im Gegenteil ließen sich auch Konstellationen beobachten, in denen Trauernde ihre emotionale Gemütslage gegenüber anderen ausdrücklich zu verbergen versuchen – beispielsweise in Anwesenheit von Mediziner\*innen, die die Todesnachricht überbringen. »Das Gespräch mit dem Arzt ist [...] die erste einer langen Reihe von höflich-unverbindlichen Begegnungen, die er als Leidtragender durchzustehen hat und in denen er den Ausdruck seiner Gefühle aus Rücksicht auf das Unbehagen, das sein Gegenüber in dieser Situation verspürt, dämpfen muß.« (181) Eine nähere Explikation dessen, was Sudnow unter Trauer versteht, und insbesondere eine Darstellung, inwiefern diese vom anfänglichen Schock im Moment der Todesnachrichtenübermittlung zu unterscheiden ist, bleibt er den Leser\*innen indes schuldig. Dieser Umstand resultiert nicht zuletzt aus seinem Beobachtungsfokus, der eben auf die Interaktion im Inneren der Klinik gerichtet ist und die an anderen Orten und zu späteren Zeiten relevanten Trauerphänomene damit notwendigerweise unterbelichtet lässt. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht weiter, dass in der bisherigen Sudnow-Rezeption die Trauerthematik weitestgehend unerwähnt geblieben ist, und dass umgekehrt die sozialwissenschaftliche Trauerforschung ohne Sudnow-Verweise auskommt – wenngleich er einer der ersten gewesen sein dürfte, der explizit von einer »Soziologie der Trauer« spricht.

### **Impulse für Forschung und Praxis**

Seit der Erstveröffentlichung von Sudnows Studie ist mehr als ein halbes Jahrhundert vergangen, und es wäre geradezu naiv, davon auszugehen, dass die soziale Wirklichkeit, wie sie in diesem Buch beschrieben wird, noch in sämtlichen Belangen den heutigen Gegebenheiten entspricht. Umso mehr lohnt eine nähere Betrachtung jener Veränderungen im Kontext des institutionell gerahmten Sterbens, die sich seither vollzogen haben. Hier ist vor allem die Hospizbewegung zu nennen. Gemäß des vom Leitbild des ›guten Sterbens‹ geprägten hospizlichen Selbstverständnisses ist Sterben nicht mehr länger ein Indikator medizinischen Versagens, sondern ein zwar unvermeidbarer, aber gestaltbarer Lebensabschnitt. Statt den Tod unter Aufbringung sämtlicher zur Verfügung stehender Mittel hinauszuzögern, geht es vielmehr darum, dass der Sterbeprozess zeitlich überschaubar bleibt, Sterbende möglichst wenig Leid verspüren und sich im Kreise emotional fürsorglicher Angehöriger bzw. empathischer Pfleger befinden. Bei all dem steht »das Wohl und das Wollen der sterbenden Person« (Feldmann 2010b: 577) im Zentrum.

Ihren Ausgangspunkt nahm die Hospizbewegung in den von Sudnow (und

anderen zeitgenössischen Autor\*innen wie etwa Glaser und Strauss) monierten Zuständen in den Kliniken. Schon 1967, also im selben Jahr, in dem Sudnows Forschungsergebnisse erschienen sind, gründete die Krankenschwester Cicely Saunders mit dem *St. Christophers Hospice* in London das weltweit erste moderne Hospiz (vgl. Jordan 2020: 302). Nach anfänglichen Vorbehalten – Hospize wurden von einigen Seiten als ›Sterbekliniken‹ gedeutet, in denen Patient\*innen gettoisiert und euthanisiert würden (vgl. Godzik 2011: 31) – setzte sich die Hospizidee allmählich auch in Deutschland durch. In der Folgezeit konnte sich die Hospizbewegung weiter etablieren und institutionalisieren (Heller et al. 2012). Neben stationären Hospizen sowie den ähnlich ausgerichteten, in Krankenhäusern integrierten und einem multiprofessionellen Betreuungsansatz folgenden Palliativstationen (vgl. Jordan 2020: 305)<sup>11</sup> kam es zum Aufbau ambulanter Hospiz- und Palliativdienste, die ein Sterben zuhause im Beisein der Angehörigen ermöglichen (Stadelbacher 2020; Thönnies/Jakoby 2012). Angehörige werden hierbei ausdrücklich nicht als Störfaktoren für die Organisationsroutine wahr-, sondern mit ihren Bedürfnissen ernstgenommen und durch psychosoziale Unterstützung entlastet.

Nähere Nachforschungen zur Alltagsrealität in Hospizen und Palliativstationen legen durchaus Divergenzen zwischen Wunsch und Wirklichkeit offen (Benkel 2020; Saake/Nassehi/Mayr 2019), und die Hospizbewegung ist allein in quantitativer Hinsicht (etwa angesichts der Zahl der zur Verfügung stehenden Betten bzw. Betreuungskräfte angesichts des realen Bedarfs) bis heute noch nicht so weit, den konventionellen ›Sterbeinstitutionen‹ ernsthafte Konkurrenz zu machen (vgl. Hoffmann 2011: 13f.). Dessen ungeachtet zeigt die Entwicklung der jüngeren Vergangenheit, dass das Lebensende zwar keine Ent-Institutionalisierung, wohl aber eine gewisse Enttabuisierung in Form »eine[r] Bewusstwerdung des Sterbens in der Gesellschaft« (Thönnies 2013: 19) erfahren hat. Schon dies bildet eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung jener Rahmenbedingungen, unter denen Menschen in der modernen Gesellschaft sterben (Saunders 1996). Ferner haben Modernisierungsprozesse neben vielen anderen Bereichen des alltäglichen und weniger alltäglichen Lebens auch den Umgang mit dem Tod verändert. Anders als zu Sudnows Zeiten wird Sterben heutzutage verstärkt als ein individuell zu gestaltender Lebensabschnitt begriffen (vgl. Grötzbach/Thönnies 2010: 177ff.; Stadelbacher/Schneider

---

11 Während der (sich im Durchschnitt über zwei bis vier Wochen erstreckende) stationäre Hospizaufenthalt üblicherweise bis zum Todeseintritt andauert, zielt die palliativmedizinische Betreuung darauf ab, dass »Patienten mit einer ausreichenden Symptombehandlung« in ihre »häusliche Umgebung« entlassen werden können (Jordan 2020: 305; zu den Differenzen zwischen stationärem Hospiz und Palliativstation hinsichtlich des Organisationsalltags siehe ferner Behzadi 2020; Pfeffer 2005). Gleichwohl verstirbt in etwa jede\*r zweite Palliativpatient\*in auf der Station (vgl. Mayr/Barth 2021: 177f.).

2016). Im Lichte der Individualisierung und mit Blick auf bisherige Defizite haben sich neue Ansätze innerhalb der modernen Sterbebegleitung entwickelt (vgl. Thönnnes 2020: 96f.), die u. a. auch solche kreative und vergleichsweise »anarchistische« Versorgungsformen wie den Einbezug von Tieren beinhalten (Thönnnes/Jakoby 2017).

Neben der Hospizbewegung und dem in den 1980er Jahren aufkommen- den AIDS-Diskurs (Hahn/Eirmbter/Jacob 1996), auf den an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann, spricht auch die langanhaltende Kontroverse um den Hirntod (Christensen/Michel 2012; Manzei 2012; Schneider 2005) für die Enttabuisierung des Lebensendes. Seit 1968, just einem Jahr nach der Veröffentlichung von Sudnows Arbeit, gilt nicht mehr der Stillstand von Herz und Atmung als maßgebliches Kriterium zur Todesfeststellung, sondern der »endgültige[], nicht behebbare[] Ausfall[] der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms« (Bundesärztekammer 2015: 2). Menschen mit der entsprechenden Diagnose können nicht mehr zu Bewusstsein kommen und gelten in juristischer Hinsicht als tot, derweil sich das Herz-Kreislaufsystem durch technische Apparaturen noch weiterhin in Gang halten lässt und die Körper der Patient\*innen bestimmte Merkmale aufweisen (z. B. Atmung, Stoffwechsel, Reflexe), die ansonsten nur bei Lebendigen vorzufinden sind. Letztgenannter Umstand sowie die Tatsache, dass ein hirntoter Körper noch zur Transplantation von Organen dienen kann (Schneider/Manzei 2006), erwecken bei manchen Beobachter\*innen Zweifel an der Verlässlichkeit dieses Todeskriteriums (Beckmann 1996). Wie tot kann ein Körper sein, wenn seine offensichtlich noch intakten Organe das Überleben eines anderen Menschen ermöglichen (Benkel 2016)? Ohne tiefer in diese Debatte einzusteigen, kann festgehalten werden, dass der medizinisch-technische Wandel zu immer feineren Diagnosemöglichkeiten führt und gleichsam dazu beiträgt, dass die vermeintlich eindeutigen Grenzen zwischen Leben und Nicht-Leben weiter verschwimmen. Folgt man der auch von Sudnow stark gemachten thanatosoziologischen Kernprämisse, dass die Deutung des Todes immerzu abhängig ist von der sich in ständiger Transformation befindlichen Gesellschaft, so sind auch die Techniken und Kriterien zur Todesermittlung nicht in einem absoluten, sondern in einem prozessualen Sinne zu begreifen.<sup>12</sup> In jedem Fall haben die genannten Diskurse die thanatosoziologische Forschung in der Zeit nach Sudnow weiter belebt und beleben sie noch immer.

Die Anschaulichkeit seiner Darstellungen und der Verzicht auf einen komplizierten Fachjargon machen Sudnows Buch nicht nur für Soziolog\*innen,

---

12 Dass diesbezüglich ohnehin alles anders sein kann, zeigt ein interkultureller Blick. So ist der Hirntod beispielsweise in Japan kein anerkanntes Todesfeststellungskriterium (vgl. Wiesemann 2007: 602).

sondern auch für Vertreter\*innen anderer Disziplinen und schließlich auch für Berufspraktiker\*innen aus thanato-relevanten Feldern zu einer gewinnbringenden Lektüre. Detaillierte Schilderungen von Beobachtungen, bemerkenswerte Anekdoten und die Wiedergabe von Dialogen verleihen den Ausführungen Lebendigkeit und lassen die Leser\*innen am Organisationsalltag innerhalb der untersuchten Krankenhäuser teilhaben. Immer wieder gelingt es Sudnow, sein feines Gespür für Details mit großer sozialer Tragweite unter Beweis zu stellen. Hierdurch lernt man einiges über die (formellen wie informellen) Regeln und Ablaufroutinen sowie über die Kommunikationscodes, derer sich die Klinikbelegschaft bedient.

Die Arbeit enthält darüber hinaus auch einen methodischen Mehrwert. Reflektiert werden diverse für das ethnografische Forschen relevante Aspekte: von der Legitimation der eigenen Präsenz im Feld über die äußerliche Anpassung in Form feldspezifischer Kleidung bis hin zur Aktivität bzw. Passivität der Forschenden in verschiedenen Situationen. Dazu gehört nicht zuletzt auch die Rollenzuweisung, die das Feld dem Ethnografen gegenüber vornimmt. So stellt Sudnow u. a. fest, dass er von einigen Feldakteuren, insbesondere von den jüngeren Medizinalassistenten, nicht als soziologisch, sondern als medizinisch interessierter Beobachter behandelt wird (13) – eine Zuschreibung, die bei der Begegnung von soziologischer und medizinischer Wissenskultur offenbar häufiger vorkommt (vgl. Meitzler 2018: 126f.; ferner Benkel/Meitzler 2018b).

Über seinen Zugang zum Feld und die hierfür angewandten Strategien erfahren die Leser\*innen jedoch relativ wenig. Im Vorwort hebt Sudnow die »großzügige[] Kooperation zahlreicher Ärzte und Angehöriger des Pflegepersonals« (3) hervor und dankt dem *Medical Care Research Center of the Social Science Institute* (Washington-Universität St. Louis), das ihm den Zugang zum Cohen-Krankenhaus verschafft und seine Studie finanziell unterstützt hat. Wenig später schreibt er, dass ihm der »Zutritt zu den Krankenhäusern [...] in beiden Fällen auf formell administrativen Wege durch den Direktor des Pflegepersonals und die Chefärzte der inneren und der chirurgischen Abteilung ermöglicht« und hierdurch auch »das Personal über den Gegenstand meiner Untersuchung [...] informiert« wurde (10f.). Wie sich die Kontaktaufnahme mit diesen *Gatekeepern* jedoch konkret gestaltet hat, wird nicht näher spezifiziert. Dies ist weniger als Unachtsamkeit zu verstehen, als vielmehr dem damaligen Ethnografieverständnis geschuldet. Denn während die Facette des Feldzugangs zu Sudnows Zeiten noch nicht so sehr im Vordergrund stand, hat sich mittlerweile die Erkenntnis durchgesetzt, dass der Einstieg in das Untersuchungsfeld bereits Essenzielles über dessen Beschaffenheit verrät und darum unbedingt zu reflektieren ist (Meitzler 2017b; Pofert/Reichert 2015).

Im letzten Abschnitt seines Buches zeigt Sudnow die gerade für ethnografische Arbeiten essenzielle Sensibilität für mögliche Fehlerquellen auf. So führt er zum einen seine Außenseiterrolle als Soziologe im Krankenhaus an. Weil er

sich ihrer während des gesamten Forschungsprozesses nicht entledigen kann, ist es für ihn immer nur annäherungsweise möglich, die Perspektive des Klinikpersonals zu übernehmen. Ferner bringt Sudnow das ebenso wichtige Thema der Forscher\*innensubjektivität zur Sprache, wenn er schreibt, dass »die Auswahl der von mir konstatierten Vorkommnisse und vor allem die Art und Weise, in der ich sie betrachtet und geschildert habe, [...] unlegbar in vielem das Produkt meiner persönlichen Interessen und (möglicherweise) Vorurteile« sind (226). Dahinter verbirgt sich die längst zur ethnografischen Binsenweisheit avancierte Einsicht, wonach Forschende aller methodischer Kontrollbemühungen zum Trotz niemals als *tabula rasa* ins Feld gehen, sondern ihre Sozialisationsgeschichte mit sich tragen, vor deren Hintergrund sie beobachten, interpretieren und bewerten (Breuer 2003; Coenen/Meitzler 2021). Umso bedauernswerter ist es, dass sich Sudnows diesbezügliche Überlegungen nur über wenige Zeilen erstrecken.

Die Ergebnisse der Studie beziehen sich auf die Situation in US-amerikanischen Krankenhäusern Ende der 1960er Jahre. Auch wenn anzunehmen ist, dass die konstatierten Zustände zu dieser Zeit auch andernorts anzutreffen waren (Fulton 1966), ist gegenüber einer voreiligen Generalisierung Vorsicht geboten. Dies wird bereits an den strukturellen Unterschieden der beiden von Sudnow ausgewählten Kliniken deutlich. Viele seiner zum Teil erschütternden und insbesondere unter der heutigen Leserschaft Unverständnis auslösenden Beobachtungen – etwa das ›Abschirmen‹ der Leiche vor den Angehörigen oder das laute indiskrete Sprechen über das weitere Schicksal von zwar noch lebenden, aber wie tot behandelten Patient\*innen – trafen lediglich für das County-, nicht aber (oder zumindest in weit geringerem Maße) für das Cohen-Krankenhaus zu. Manche Verhaltensweisen, die im County nicht nur toleriert wurden, sondern schlichtweg zum Organisationsalltag gehörten, hätten im Cohen wohl Sanktionen nach sich gezogen.

Sudnow wollte, wie er am Ende seines Buches rückblickend einräumt, keinesfalls behaupten, »daß die von mir im County beobachteten konkreten Verhaltensweisen auch in anderen Krankenhäusern anzutreffen seien, oder daß diese Art des Umgangs mit Sterbenden sich mit Notwendigkeit aus der Organisationsform des Großkrankenhauses ergäbe« (226). In der sechs Jahre später erschienenen deutschen Ausgabe wird das Manuskript von einem Kommentar des Mediziners Thure von Uexküll ergänzt, der sich insbesondere mit der Übertragbarkeit von Sudnows Forschungsergebnissen auseinandersetzt. Diesbezüglich thematisiert Uexküll die veränderten Standards in US-amerikanischen Krankenhäusern (etwa hinsichtlich der strengeren Überwachung der ärztlichen Versorgung), die sich bereits in diesem kurzen Zeitraum ergeben haben – und für die Sudnows Erkenntnisse einen Anstoß gebildet haben dürften. Wenngleich amerikanische in bestimmten Punkten von deutschen Krankenhäusern zu unterscheiden sind, kommt Uexküll (1973: 236) zu dem

Schluss, dass sich »viele der Beobachtungen des Autors auf die Verhältnisse in der Bundesrepublik übertragen lassen«. Hinsichtlich des Einflusses sozialer Aspekte auf die Reanimationsbereitschaft der Ärzte macht er exemplarisch auf die verbesserten technischen Voraussetzungen zur Wiederbelebung aufmerksam und weist darauf hin, dass es im County-Krankenhaus während Sudnows Hospitation noch keine Intensivstation gab.

Ein 1998 erschienener Artikel des Soziologen Stefan Timmermans befasst sich ebenfalls mit Sudnows Analysen, indem er den Fokus auf die Behandlung der oben erwähnten DOA-Patient\*innen richtet (Timmermans 1998). Anhand einer eigenen empirischen Studie, die Beobachtungen von 112 Wiederbelebungsmaßnahmen und Interviews mit 42 Mitarbeiter\*innen des Gesundheitswesens umfasst, versucht Timmermans nachzuweisen, dass die sich in der zweiten Jahrhunderthälfte abzeichnenden Veränderungen im US-amerikanischen Gesundheitssystem (u. a. optimierte technische Apparaturen, verbindlichere, von sozialen Unterschieden unabhängige Vorschriften) nicht etwa zu einer Minderung, sondern zu einer Verstärkung der sozialen Ungleichheit am Lebensende geführt haben:

»Based on my observations, whether care providers will aggressively try to save lives still depends on the patient's position in a moral stratification. Certain patient characteristics add up to a patient's presumed social viability, and the staff rations their efforts based on the patient's position in this moral hierarchy« (ebd.: 456).

Diese Haltung kommt in Timmermans Interviewmaterial teils unverhohlen zum Ausdruck:

»You are naturally more aggressive with younger people. If I had a forty year old who had a massive MI [myocardial infarction; M.M./M.T.], was asystolic for twenty minutes, or something like that, I would be very aggressive with that person. I suppose for the same scenario in a ninety-year-old, I might not be.« (Ebd.)

Dass Sudnows Studie genauso wie alle anderen wissenschaftlichen Untersuchungen dem Zeitgeist unterliegt, spiegelt sich nicht allein in der Wahl eines aus heutiger Sicht problematischen Ausdrucks für Personen afro-amerikanischer Herkunft, sondern auch in bestimmten methodischen Vorgehensweisen wider. So berichtet er davon, wie er punktuell Angehörige verstorbener Patient\*innen in ihrer emotionalen Ausnahmesituation nach Hause begleitete, u. a. um »zu beobachten, wie sie andere Angehörige, Bekannte, Berufskollegen, Freunde usw. von dem Todesfall in Kenntnis setzten« (18). So erkenntnisreich solche empirischen Erfahrungen sein mögen, so schwerlich ließen sie sich heutzutage unter forschungsethischen Gesichtspunkten legitimieren (Hopf 2000).

Trotz allem ist Sudnows Arbeit keineswegs nur von historischer Relevanz. Sie enthält, ganz im Gegenteil, diverse Gedanken, die den thanatosoziologischen Diskurs noch heute bestimmen. Doch auch für andere soziologische Subdisziplinen bietet das Buch wichtige Impulse: etwa für die Soziologie der Medizin, des Berufs, der Emotionen, der sozialen Ungleichheit und der Organisation.

Anders als Glaser und Strauss geht es Sudnow nicht um Theorieentwicklung, sondern darum, »deskriptiv aufzuzeigen, wie diese Kategorien [Sterben und Tod; M.M./M.T.] durch das in die tägliche Stationsroutine eingebettete Verhalten des Krankenhauspersonals konstituiert werden« (218). Ihren herausragenden Stellenwert als thanatosoziologische Pionierarbeit erhält die Studie nicht nur dadurch, dass sie wichtige Einblicke in ein bis dahin noch nahezu unerforschtes Feld liefert. Sie zeigt zudem »die Relevanz der soziologischen Perspektive bei der Betrachtung selbst des unumstößlichsten und endgültigsten aller biologischen Fakten« auf (16). Es muss als Sudnows Verdienst gelten, dass er das Sterben nicht lediglich aus einer distanzierten theoretischen Perspektive betrachtet, sondern es als soziales Geschehen empirisch fassbar macht. Gerade in dieser Hinsicht wurde er zum Vorbild für spätere Forschungen.

## Literatur

- Ariès, Philippe (2005): *Geschichte des Todes*, München.
- Attig, Thomas (2004): »Disenfranchised Grief Revisited. Discounting Hope and Love«, in: *Omega – Journal of Death and Dying* 49, Heft 3, S. 197-215.
- Beckmann, Rainer (1996): »Ist der hirntote Mensch eine ›Leiche?‹«, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 29, Heft 6, S. 219-225.
- Behzadi, Asita (2020): *Sterben dürfen im Krankenhaus. Paradoxien eines ärztlichen Postulats in der Behandlung Schwerstkranker*, Berlin/Boston.
- Benkel, Thorsten (2013): »Das Schweigen des toten Körpers«, in: ders./Meitzler, Matthias: *Sinnbilder und Abschiedsgesten. Soziale Elemente der Bestattungskultur*, Hamburg, S. 14-92.
- Benkel, Thorsten (2016): »Partikulare Vitalität. Postmortale Körperpräsenz und die Ungewissheit des Lebensendes«, in: Groß, Dominik/Kaiser, Stephanie/Tag, Brigitte (Hg.): *Leben jenseits des Todes? Transmortalität unter besonderer Berücksichtigung der Organspende*, Frankfurt am Main/New York, S. 127-151.
- Benkel, Thorsten (2018): »Der Körper als Faktizität. Für eine Wissenssoziologie der Obduktion«, in: Pfadenhauer, Michaela/Poferl, Angelika (Hg.): *Wissensrelationen*, Weinheim/Basel, S. 895-905.
- Benkel, Thorsten (2020): »Versachlichtes Sterben? Reflexionsansprüche und Reflexionsdefizite in institutionellen Settings«, in: Bauer, Anna/Greiner, Florian/Kraus, Sabine/Lippok, Marlene/Peuten, Sarah (Hg.): *Rationalitäten des Lebensendes. Interdisziplinäre Perspektiven auf Sterben, Tod und Trauer*, Baden-Baden, S. 287-309.
- Benkel, Thorsten/Meitzler, Matthias (Hg.) (2018a): *Zwischen Leben und Tod. Sozialwissenschaftliche Grenzgänge*, Wiesbaden.

- Benkel, Thorsten/Meitzler, Matthias (2018b): »Methodologische Reflexionen zur Ethnografie in außeralltäglichen Professionssettings. Das Beispiel Obduktion«, in: Hitzler, Ronald/Klemm, Matthias/Kreher, Simone/Poferl, Angelika/Schröer, Norbert (Hg.): *Herumschnüffeln – Aufspüren – Einfühlen. Ethnographie als ›hemdsärmelige‹ und reflexive Praxis*, Essen, S. 421-434.
- Bergmann, Jörg/Meyer, Christian/Salomon, René/Krämer, Hannes (2019): »Garfinkel folgen, heißt, die Soziologie vom Kopf auf die Füße zu stellen. Jörg Bergmann und Christian Meyer im Gespräch mit René Salomon und Hannes Krämer«, in: *Forum Qualitative Sozialforschung* 20, Heft 2, Art. 18.
- Berkeley University (2021): »David Sudnow (1961)«, <https://sociology.berkeley.edu/david-sudnow-1961> (11. August 2021).
- Breuer, Franz (2003): »Subjekthaftigkeit der sozial-/wissenschaftlichen Erkenntnistätigkeit und ihre Reflexion. Epistemologische Fenster, methodische Umsetzungen«, in: *Forum Qualitative Sozialforschung* 4, Heft 2, Art. 25.
- Bundesärztekammer (2015): »Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG«, in: *Deutsches Ärzteblatt*, [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/irrev.Hirnfunktionsausfall.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/irrev.Hirnfunktionsausfall.pdf) (11. August 2021).
- Charmaz, Kathy (1980): *The Social Reality of Death. Death in Contemporary America*, Reading.
- Christensen, Birgit/Michel, Margot (2012): »Die Wiedereinführung des Non-Heart-Beating-Donor-Programms in der Schweiz aus rechtlicher Perspektive«, in: *Bioethica Forum* 5, Heft 2, S. 77-78.
- Coenen, Ekkehard/Meitzler, Matthias (2021): »Forschen zum Lebensende. Überlegungen zu einer qualitativen Thanatosoziologie«, in: *Forum Qualitative Sozialforschung* 22, Heft 2, Art. 2
- Coombs, Robert H./Powers, Pauline S. (1975): »Socialization for Death. The Physician's Role«, in: *Journal of Contemporary Ethnography* 4, Heft 3, S. 250-271.
- Doka, Kenneth J. (1989): *Disenfranchised Grief. Recognizing Hidden Sorrow*, Lexington.
- Durkheim, Emile (1994): *Die elementaren Formen des religiösen Lebens*, Frankfurt am Main.
- Elias, Norbert (2002): »Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen«, in: ders., *Gesammelte Schriften*, Bd. 6, Frankfurt am Main, S. 9-90.
- Feldmann, Klaus (2010a): *Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*, 2. Aufl., Wiesbaden.
- Feldmann, Klaus (2010b): »Soziologie des Sterbens und des Todes (Thanatosoziologie)«, in: Kneer, Georg/Schroer, Markus (Hg.): *Handbuch Spezielle Soziologien*, Wiesbaden, S. 569-586.
- Fuchs[-Heinritz], Werner (1969): *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*, Frankfurt am Main.
- Fuchs-Heinritz, Werner (2020): »Sozialer Tod«, in: Wittwer, Héctor/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hg.): *Handbuch Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik*, 2. Aufl., Berlin, S. 155-158.
- Fulton, Robert (1966): »Reviewed Work. Awareness of Dying by Barney G. Glaser and Anselm L. Strauss«, in: *American Journal of Sociology* 72, Heft 3, S. 332-333.
- Garfinkel, Harold (2020): *Studien zur Ethnomethodologie*, Frankfurt am Main.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (1968): *Time for Dying*, Chicago.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (1974 [1965]): *Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige*, Göttingen.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (1998 [1967]): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*, Bern.
- Godzik, Peter (2011): *Hospizlich engagiert. Erfahrungen und Impulse aus drei Jahrzehnten*, Rosengarten.

- Goffman, Erving (1952): *On Cooling the Mark Out. Some Aspects of Adaption to Failure*, *Psychiatry* 15, Heft 4, S. 451-463.
- Goffman, Erving (1977): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt am Main.
- Grötzbach, Jochen/Thönnies, Michaela (2010): »Letzte Lebensphase. Sterbeprozesse aus der soziologischen Perspektive. Die Grenzen der Individualisierung beim Sterben«, in: Rosentreter, Michael/Groß, Dominik/Kaiser, Stephanie (Hg.): *Sterbeprozesse. Annäherungen an den Tod*, Kassel, S. 169-190.
- Hahn, Alois/Eirmbter, Willy H./Jacob, Rüdiger (1996): *Krankheitsvorstellungen in Deutschland. Das Beispiel AIDS*, Opladen.
- Heller, Andreas/Pleschberger, Sabine/Fink, Michaela/Gronemeyer, Reimer (2012): *Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland*, Ludwigsburg.
- Hoffmann, Matthias (2011): *»Sterben? Am liebsten plötzlich und unerwartet. Die Angst vor dem »sozialen Sterben«*, Wiesbaden.
- Hopf, Christel (2000): »Forschungsethik und qualitative Forschung«, in: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hg.): *Qualitative Forschung*, Hamburg, S. 589-600.
- Imhof, Arthur E. (1981): *Die gewonnenen Jahre*, München.
- Joerden, Jan C. (2010): »Sterben am Beginn des Lebens. Juristische Schwierigkeiten«, in: Rosentreter, Michael/Groß, Dominik/Kaiser, Stephanie (Hg.): *Sterbeprozesse. Annäherungen an den Tod*, Kassel, S. 217-229.
- Jordan, Isabella (2020): »Hospiz/Palliativmedizin«, in: Wittwer, Héctor/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hg.): *Handbuch Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik*, 2. Aufl., Berlin, S. 302-307.
- Kavanagh, Donncha (2020): »James March in Irvine. A History of the Ahistorical in Organisation Theory«, in: *Management Learning* 51, Heft 1, S. 35-54.
- Knoblauch, Hubert/Kahl, Antje (2017): »Tod«, in: Gugutzer, Robert/Klein, Gabriele/Meuser, Michael (Hg.): *Handbuch Körpersoziologie*, Bd. 2: *Forschungsfelder und methodische Zugänge*, Wiesbaden, S. 365-378.
- Krállová, Jana/Walter, Tony (2017): *Social Death. Questioning the Life-Death Boundary*, Abingdon/New York.
- Lindemann, Gesa (2002): *Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin*, München.
- Mandell, Arnold J. (2007): »Sudnow, David Nathan«, <https://archive.nytimes.com/query.nytimes.com/gst/fullpage-990CE1D6113AF935A2575AC0A9619C8B63.html> (11. August 2021).
- Manzei, Alexandra (2012): »Der Tod als Konvention. Die (neue) Kontroverse um Hirntod und Organtransplantation«, in: Anderheiden, Michael/Eckart, Wolfgang U. (Hg.): *Handbuch Sterben und Menschenwürde*, Bd. 1, Berlin/Boston, S. 137-174.
- Matthes, Joachim/Schütze, Fritz (1981): »Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit«, in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*, 5. Aufl., Opladen, S. 11-53.
- Mayr, Katharina/Barth, Niklas (2021): »Interaktion mit Sterbenden. Die Differenzierung von Bewusstseinskontexten auf der multiprofessionellen Palliativstation und die Bearbeitung von Kommunikationsabbrüchen«, in: Benkel, Thorsten/Meitzler, Matthias (Hg.): *Wissenssoziologie des Todes*, Weinheim/Basel, S. 175-195.
- Meitzler, Matthias (2016): »Postexistenzielle Existenzbastelei«, in: Benkel, Thorsten (Hg.): *Die Zukunft des Todes. Heterotopien des Lebendigen*, Bielefeld, S. 133-162.
- Meitzler, Matthias (2017a): »Mediatisierung des Todes. Die Leiche zwischen Unsichtbarkeit und Medienpräsenz«, in: Reichertz, Jo/Meitzler, Matthias/Plewnia, Caroline: *Wissenssoziologische Medienwirkungsforschung. Zur Mediatisierung des forensischen Feldes*, Weinheim/Basel, S. 111-146.

- Meitzler, Matthias (2017b): »Forschen bei privaten Unternehmen. Herausforderungen und Potenziale des Feldeinstiegs«, in: Reichertz, Jo/Meitzler, Matthias/Plewnia, Caroline: *Wissenssoziologische Medienwirkungsforschung. Zur Mediatisierung des forensischen Feldes*, Weinheim/Basel, S. 148-161.
- Meitzler, Matthias (2018): »Schauen wir mal, was der Opa zu berichten hat«. Körperambivalenz in einem medizinischen Performanzrahmen«, in: Benkel, Thorsten/Meitzler, Matthias (Hg.): *Zwischen Leben und Tod. Sozialwissenschaftliche Grenzgänge*, Wiesbaden, S. 111-142.
- Meitzler, Matthias (2022): »Vom Anfang und Ende der Leiche«, in: Benkel, Thorsten/Meitzler, Matthias: *Körper – Kultur – Konflikt. Studien zur Thanatosoziologie*, Baden-Baden, S. 121-151.
- Miller, Russel (1993): »Play ›Misty‹ (Again and Again) for Me«, in: *New York Times*, 7. November, S. 9.
- Nassehi, Armin/Weber, Georg (1989): *Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung*, Opladen.
- Pfeffer, Christine (2005): *›Hier wird immer noch besser gestorben als woanders‹. Eine Ethnographie stationärer Hospizarbeit*, Bern.
- Poferl, Angelika/Reichert, Jo (Hg.) (2015): *Wege ins Feld. Methodologische Aspekte des Feldzugs*, Essen, S. 9-11.
- Preuß, Dirk (2018): »In Entwicklung. Der Umgang mit toten Föten«, in: Benkel, Thorsten/Meitzler, Matthias (Hg.): *Zwischen Leben und Tod. Sozialwissenschaftliche Grenzgänge*, Wiesbaden, S. 51-70.
- Russell Hochschild, Arlie (2021): »Arlene Hochschild (1962)«, <https://sociology.berkeley.edu/arlene-hochschild-1962> (11. August 2021).
- Saake, Irmhild/Nassehi, Armin/Mayr, Katharina (2019): »Gegenwart von Sterbenden. Eine Kritik des Paradigmas vom ›bewussten‹ Sterben«, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 71, Heft 1, S. 27-52.
- Saunders, Cicely (1996): »A Personal Therapeutic Journey«, <https://www.bmj.com/content/313/7072/1599.full> (11. August 2021).
- Schegloff, Emanuel A. (1989): »Harvey Sacks. Lectures 1964-1965. An Introduction/Memoir«, in: *Human Studies* 12, Heft 3/4, S. 185-209.
- Schiefer, Frank (2007): *Die vielen Tode. Individualisierung und Privatisierung im Kontext von Sterben, Tod und Trauer in der Moderne*, Münster.
- Schlich, Thomas/Wiesemann, Claudia (Hg.) (2001): *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*, Frankfurt am Main.
- Schmied, Gerhard (1988): *Sterben und Trauer in der modernen Gesellschaft*, München.
- Schneider, Werner (2005): »Der ›gesicherte‹ Tod. Zur diskursiven Ordnung des Lebensendes in der Moderne«, in: Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold (Hg.): *Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*, Berlin, S. 55-79.
- Schneider, Werner (2014): »Sterbewelten. Ethnographische (und dispositivanalytische) Forschung zum Lebensende«, in: Schnell, Martin W./Schneider, Werner/Kolbe, Harald (Hg.): *Sterbewelten. Eine Ethnographie*, Wiesbaden, S. 51-138.
- Schneider, Werner/Manzei, Alexandra (2006): »Transplantationsmedizin. Kulturelles Wissen und gesellschaftliche Praxis«, in: Manzei, Alexandra/Schneider, Werner (Hg.): *Transplantationsmedizin. Kulturelles Wissen und gesellschaftliche Praxis*, Münster, S. 7-26.
- Schützeichel, Rainer (2018): »Demütigung, Anerkennung und sozialer Tod«, in: Benkel, Thorsten/Meitzler, Matthias (Hg.): *Zwischen Leben und Tod. Sozialwissenschaftliche Grenzgänge*, Wiesbaden, S. 243-267.
- Spranger, Tade M./Groß, Marisa (2021): »Die Kremierung von Fehlgeborenen als Sonderfall«, in: Spranger, Tade M./Pasic, Frank/Kriebel, Michael (Hg.): *Handbuch des Feuerbestattungsrechts*, 2. Aufl., Stuttgart, S. 187-199.

- Stadelbacher, Stephanie (2020): *Soziologie des Privaten in Zeiten fortgeschrittener Modernisierung. Eine Analyse am Beispiel des Sterbens zuhause*, Wiesbaden.
- Stadelbacher, Stephanie/Schneider, Werner (2016): »Zuhause Sterben in der reflexiven Moderne. Private Sterbewelten als Heterotopien«, in: Benkel, Thorsten (Hg.): *Die Zukunft des Todes. Heterotopien des Lebensendes*, Bielefeld, S. 61-84.
- Streckeisen, Ursula (1994): »Doing Death. Expertenpraktik in den Kontexten von Lebenserhaltung, Verlust und Wissenschaft«, in: Hitzler, Ronald/Honer, Anne/Maeder, Christoph (Hg.): *Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit*, Opladen, S. 232-246.
- Streckeisen, Ursula (2007): »Die Bannung des Todes durch die Wissenschaft. Berufliche Strategien in der Pathologie«, in: Nieder, Ludwig/Schneider, Werner (Hg.): *Die Grenzen des menschlichen Lebens. Lebensbeginn und Lebensende aus sozial- und kulturwissenschaftlicher Sicht*, Hamburg, S. 85-101.
- Sudnow, David (1963): »Forward to the Issue«, in: *Berkeley Journal of Sociology*, Heft 8, unpag.
- Sudnow, David (1965): »Normal Crimes. Sociological Features of a Penal Code in a Public Defender's Office«, in: *Social Problems* 12, Heft 3, S. 255-276.
- Sudnow, David (1972): »Temporal Parameters of Interpersonal Observations«, in: ders. (Hg.): *Studies in Social Interaction*, New York, S. 259-279.
- Sudnow, David (1973 [1967]): *Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung*, Frankfurt am Main.
- Sudnow, David (1978): *Ways of the Hand. The Organization of Improvised Conduct*, Cambridge.
- Sudnow, David (1979): *Talk's Body. A Meditation Between Two Keyboards*, New York.
- Sudnow, David (1983): *Pilgrim in the Microworld*, New York.
- Sudnow, David (2012): »How to Learn a New Piece«, in: *Youtube*, <https://www.youtube.com/watch?v=uOmroSZtJzg> (11. August 2021).
- Thönnies, Michaela (2013): *Sterbeorte in Deutschland. Eine soziologische Studie*, Frankfurt am Main.
- Thönnies, Michaela (2020): »Das soziologische Grundthema der Institutionalisierung und Individualisierung in der ambulanten Pflege Sterbender. Ein Modellprojekt zur Implementierung von Hospizkultur und Palliative Care«, in: Bauer, Anna/Greiner, Florian/Kraus, Sabine/Lippok, Marlene/Peuten, Sarah (Hg.): *Rationalitäten des Lebensendes. Interdisziplinäre Perspektiven auf Sterben, Tod und Trauer*, Baden-Baden, S. 85-115.
- Thönnies, Michaela/Jakoby, Nina (2012): »Hard Times for the Dying? A German Example of Collective Action and Empowerment in Palliative Care«, in: Berg, Elisabeth/Barry, Jim/Chandler, John (Hg.): *Dilemmas for Human Services*, London, S. 133-138.
- Thönnies, Michaela/Jakoby, Nina (2017): »Tiere als Sterbebegleiter. Eine symbolisch-interaktionistische Perspektive«, in: Jakoby, Nina/Thönnies, Michaela (Hg.): *Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge*, Wiesbaden, S. 91-111.
- Timmermans, Stefan (1998): »Social Death as Self-Fulfilling Prophecy. David Sudnow's Passing On Revisited«, in: *Sociological Quarterly* 39, Heft 3, S. 453-472.
- Uexküll, Thure von (1973): »Kommentar zur Übertragbarkeit der Beobachtungen David Sudnows«, in: Sudnow, David: *Organisiertes Sterben*, Frankfurt am Main, S. 231-237.
- Viggiani, Nick de (2006): »Surviving Prison. Exploring Prison Social Life as a Determinant of Health«, in: *International Journal of Prisoner Health* 2, Heft 2, S. 71-89.
- Weber, Hans-Joachim (1994): *Der soziale Tod*, Frankfurt am Main.
- Wettmann, Nico (2021): »Geburt und Tod liegen ja sehr dicht beieinander«. Eine empirische Analyse zum pränatalen Tod im Denkstil von Hebammen«, in: Benkel, Thorsten/Meitzler, Matthias (Hg.): *Wissenssoziologie des Todes*, Weinheim/Basel, S. 268-291.
- Wiesemann, Claudia (2007): »Hirntod«, in: Gerabek, Werner E./Haage, Bernhard D./Keil, Gundolf/Wegner, Wolfgang (Hg.): *Enzyklopädie Medizingeschichte*, Berlin/New York, S. 601-602.