SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Leben, Lebenslauf, Alter und Tod: Überlegungen zur Professionalisierung des Lebens

Schwarz, Dieter

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Schwarz, D. (1988). Leben, Lebenslauf, Alter und Tod: Überlegungen zur Professionalisierung des Lebens. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, *12*(1/2), 7-25. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-249084

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de

Terms of use:
This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Comercial-NoDerivatives). For more Information see:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0

gesis
Leibniz-Institut
für Sozialwissenschaften

Mitglied der
Leibniz-Gemeinschaft

THEMATISCHE BEITRÄGE

LEBEN, LEBENSLAUF, ALTER UND TOD.

ÜBERLEGUNGEN ZUR PROFESSIONALISIERUNG DES LEBENS [1]

DIETER SCHWARZ

1. Lebensdeutung und Sinn des Lebens

Die Spaltung des modernen Menschen, dokumentiert in der Dissoziation von Glaube und Tat, Religion und Politik, Christentum und Gesellschaft, hat tiefe Wurzeln, unter anderem in der jüdisch-christlichen Tradition einerseits und andererseits in der griechisch-antiken Grundvorstellung eines der analytischen Rationalität fähigen, lebenslang lernenden Individuums (ROSENMAYR 1983, 52 ff.). Die "Entzauberung der Welt" und die Gegenüberstellung von Gott und Kreatur ist bereits in der israelischen Schöpfungstheologie angelegt: "Die Himmelssonne, der keinerlei numinoser Glanz belassen wird, indem Genesis 1, 14 ff. sie bewußt profan zur 'Lampe für den Tag' entmythisiert, macht deutlich, wie Gott und Welt hier auseinandergehalten werden und wie grenzenlos der Freiraum für menschliche Technik schon in principio konzipiert ist" (HALBFAS 1981, 176 f.).

In dieser Überwindung des magischen Glaubens, dieser "Entzauberung der Welt", besteht die wesentliche Rationalisierungsleistung der Weltreligionen (vgl. Max WEBER 1920). Andererseits bedeutet die zunehmende Intellektualisierung und Rationalisierung

"n i c h t eine zunehmende allgemeine Kenntnis der Lebensbedingungen, unter denen man steht. Sondern sie bedeutet etwas anderes: das Wissen davon oder den Glauben daran: daß, wenn man n u r w o l l t e , es jederzeit erfahren k ö n n t e , daß es also prinzipiell keine geheimnisvollen unberechenbaren Mächte gebe, die da hineinspielen, daß man vielmehr alle Dinge - im Prinzip - durch B e r e c h n e n b e h e r r s c h e n könne." (WEBER 1973, 594).

---

1 Diese Überlegungen sind aus meiner Dissertation "Zur Alltagswirklichkeit von Klinikseelsorgern. Persönliche und professionelle Bewältigungsformen im Umgang mit schwerer Krankheit, Sterben und Tod", Erlangen 1987, entnommen.

Die Folge ist unter anderem eine Zuspitzung der Sinnfrage für den einzelnen:

"Wo immer aber rational-empirisches Erkennen die Entzauberung der Welt und deren Umwandlung in einen kausalen Mechanismus konsequent vollzogen hat, tritt die Spannung gegen die Ansprüche des ethischen Postulats: daß die Welt ein gottgeordneter, also irgendwie ethisch sinnvoll orientierter Kosmos sei, endgültig hervor. Denn die empirische und vollends die mathematisch orientierte Weltbetrachtung entwickelt prinzipiell die Ablehnung jeder Betrachtungsweise, welche überhaupt nach einem Sinn des innerweltlichen Geschehens fragt" (HABERMAS 1981, 229).

Zu Zeiten eines fraglosen Ruhens in einer (christlichen) Religion, in denen der technisch-gesellschaftliche Fortschritt noch nicht mit Negativfolgen assoziiert wurde, sondern als Verbesserung der äußeren Lebenssituation erkennbar war, genügte es, sich als Teil einer (Christen-)Gemeinschaft zu verstehen. Noch im 16. und 17. Jahrhundert bestand das Leben nicht bloß aus einem irdischen Teil, "sondern aus einem mehr oder weniger bedrohten irdischen Diesseits u n d einem wesentlich wichtigeren und längeren, eben ewigen Jenseits" (IMHOF 1984, 122). Zwar war auch die innere Welt mittelalterlicher Alltagsmenschen immer wieder bedroht, auch ihr Glaube angesichts der Erschütterungen und der Vielfalt religiöser Mentalitäten in Gefahr. Aber Sinnfragen, wie sie in modernen "säkularisierten Lebensläufen" (vgl. IMHOF 1984, 223) zum Mittelpunkt geworden sind, stellen sich dem nicht vergleichbar, der gesellschaftliche wie persönliche Katastrophen und Höhepunkte in den Kosmos einer Weltgeschichte einzuordnen vermag, die zum Untergang und darin zum Heil für alle Ewigkeit bestimmt ist. Sinnfragen stellen sich demjenigen nicht, der S i n n noch e n t g e g e n n i m m t . So sind denn Lebensläufe im Mittelalter auch typischerweise noch vorbildhafte Viten von Heiligen und auch nur unter diesem Gesichtspunkt konstituierbar (GUMBRECHT 1979, 1981). Das Leben des Alltagsmenschen vollzieht sich im Kosmos und dessen Unwägbarkeiten, die einem höheren Prinzip oder Sinn geschuldet sind. Die Ewigkeit als Ziel menschlichen Daseins wird statisch konzipiert i n der Zeit, und zwar als Extrapolation irdischen Lebens und irdischer Zeit.

Die Wiederkehr oder Wiedergeburt des Buddhisten erfolgt ebenfalls i n der Zeit, das Erlösungskonzept ist aber ein anderes. Zur Erlangung des Heils bedarf der Buddhist des A u s t r i t t s a u s d e r Z e i t : "Wiedergeburt in himmlischen Welten gilt dem Buddhisten ... nicht als erstrebenswert. Es ist nur ein Aufschub, aber keine Lösung seines Daseinsproblems. Es führt zur Verstärkung der Ich-Illusion und zu tieferer Verstrickung in die Wandelwelt" (GOVINDA 1982, 288). Damit wird in radikaler Weise die innere Erlösung an die Stelle der äußeren gesetzt. In der Vorstellung des Nirwana wird die Bildlosigkeit der Paradiesvorstellung bis zur Vorstellung vom völligen Ende des Ich getrieben: "Der Tod als

ewiger traumloser Schlaf, ein absolut enttäuschungsfester Zustand frei von Angst und Not, frei vom Erlebnis des Schalwerdens konkreter Genüsse, aber eben um den Preis des radikalen Endes" (HAHN 1976, 38).

In archaischen Gesellschaften findet sich im kosmischen Kreislauf der Generationen eine gewisse Entsprechung zur Konzeption des Daseinsrades (vgl. ROSENMAYR 1983, 48 ff.). Dabei handelt es sich aber um statisch-kategorielle Konzeptionen des Lebens als Zugehörigkeiten zu einem Status oder um eine Entzeitlichung von Zeit (vgl. KOHLI 1985, 19).

Das Lebens- und Sterbenskonzept des Buddhismus bzw. die Erlösung ist dagegen weder linear noch statisch in der Zeit oder für die Zeit. Im BARDO THÖDOL - dem tibetanischen Totenbuch - wird dem Eingeweihten unter dem Bild des Sterbens das Geheimnis des Lebens eröffnet. Es ist ein Lehrbuch zur Vorbereitung auf die große Chance, im Loslassen des Körpers die Befreiung, die Aufnahme in die geistige Gemeinschaft der Erleuchteten zu erlangen (GOVINDA 1982, 140 ff.). Demgegenüber hat das Christentum den Tod als Chance zum ewigen Leben symbolisiert; der Verlust bzw. das Wanken der jenseitigen Paradiesvorstellung hat die Menschen seit der Aufklärung vor die radikale Diesseitigkeit ihres Daseins und damit vor die Aufgabe kultureller Sinndeutung gestellt (v. FERBER 1970, 247 f.). Die Fragen, die der Tod an den modernen Menschen stellt, sind sozio-kulturell unbewältigt. Der Tod "ist kulturell in die Bedeutungslosigkeit abgesunken, ungeachtet seiner Unaufhebbarkeit als factum brutum menschlicher Existenz" (ibd., 245).

Während sich in der christlichen mittelalterlichen "ars moriendi" noch der Aspekt einer Vorbereitung auf ein eigentliches Leben nach dem Tod findet, wertet die Neuzeit im Verlauf der Säkularisierung den Körper in ungeheurer Weise auf (vgl. BAUDRILLARD 1982, insbes. Kap. 4; IMHOF 1983). Die Säkularisierung ist im wesentlichen eine Säkularisierung des Lebenslaufs (IMHOF 1984, 223). Der irdische Teil des Lebens ist der wichtigste, weil der einzige geworden. Gesundheit und das gute Funktionieren des Körpers sind nunmehr die alleinige und ausschließliche Garantie für unser g a n z e s Leben. Ernährung, Trimm-Dich-Pfade, Kosmetik, Erholung und nicht zuletzt die Medizin sind Regulantien eines an Bedeutung (üb-)erhöhten Lebens geworden. Die religiöse Hoffnung in Form des Glaubens an ein Leben nach dem Tod wird ersetzt durch eine Hoffnung in den Fortschritt der Medizin zu Möglichkeiten der Lebensverlängerung und des "problemlosen Alterns" (ENGELKE 1979, 18). Die Abwehr jeglicher Transzendenz und die Diesseitigkeits- und Fortschrittsfixierung äußern sich in technischen

Versuchen, den Tod zu entmachten. Das Einfrieren des Körpers eines Schwerkranken, um neue Heilverfahren abzuwarten, kann gesehen werden als Versuch, die Säkularisierung des Lebens auf die Spitze zu treiben.

Die systematische Selbstkontrolle und Methodisierung der Lebensführung findet auch innerhalb des religiösen Rahmens in der Protestantischen Ethik ihren Höhepunkt (Max WEBER 1920): "Der Gott des Calvinismus verlangte von den Seinigen nicht einzelne 'gute Werke', sondern eine zum S y s t e m gesteigerte Werkheiligkeit" (KOHLI 1985, 11) und bezieht sich damit auf die Gesamtkomposition des Lebenslaufs. Im entschlossenen Zugriff auf das Leben setzt sich eine Haltung durch, in deren Folge die Rationalität von Mittel- und Ergebnisoptimierungen den strebenden Menschen sowohl in eine technische Neuzeit katapultiert, wie auch auf sich selbst zurückgeworfen hat: Jeder ist seines Glückes Schmied sprich Produzent seines Lebenssinns.

Moderne säkularisierte Gesellschaften tun sich - wie gesagt - schwer, den Tod mit Sinn zu erfüllen (HAHN 1976, 52). Dieser Mangel wird dadurch abgemildert, daß der Tod normalerweise aus der alltäglichen Erfahrungslage ausgeblendet und der einzelne davor abgeschirmt wird. Da, wo dies nicht mehr möglich ist, setzen dann therapeutische Maßnahmen ein (HAHN 1968). Diese können sich unter Umständen bereits gegen das Stellen der Sinnfrage selbst richten, was dann besonders naheliegt, wenn innerweltliche Heilslehren das Sinngebungsdefizit durch den Verlust jenseitiger Paradiesvorstellungen nur teilweise oder unvollkommen überbrücken können (HAHN 1976, 53; 1974).

In der "Geworfenheit" auf sich selbst wird der Lebenslauf zur individuellen und situativen Gestalt, zur Lebensgeschichte mit all seinen Wendepunkten, Konversionen, Höhepunkten und Tälern. Er wird wesentliches Mittel der Selbstvergewisserung und Selbstdarstellung. Lebensgeschichten haben dann die Funktion von privatisierten Heils- und Sinnkonstruktionen (vgl. FISCHER 1978). So ist der standardisierte lange Lebenslauf schon relativ selbstverständliches Allgemeingut geworden (IMHOF 1984, 224), die Zufälligkeit der Lebensereignisse hat sich zu einem vorhersehbaren Lebenslauf geordnet (KOHLI 1985, 4 f.). Der "vorzeitige" Tod ist in Schranken gewiesen, die einen Tod im mittleren Erwachsenenalter zum "Betriebsunfall" etikettieren, ja die Illusion gerade in diesen, zu den "besten" avancierten Jahren vermitteln, unsterblich zu sein. In diesem Versuch, "dem Augenblick, den der einzelne unverwechselbar erlebt, Dauer zu verleihen", sieht ROSENMAYR (1983, 54) die individuelle Tragik und das Scheitern des modernen und radikalen Individualitätskonzepts. Die biographische Lebensform beruht auf einer "Idealisierung der Dauer" (KOHLI 1985, 21), wir leben so, als ob es den Tod

nicht gäbe und verbannen seine Erscheinungsformen aus unserer unmittelbaren Lebenserfahrung zum Beispiel in die Klinik (SCHMIED 1985, 30 ff.). Doch am Widerstand der Realität platzt die dünnhäutige Fiktion der Unsterblichkeit immer wieder wie eine Seifenblase (IMHOF 1984, 224 f.). Sterben scheint sich im sozial leeren Raum abzuspielen, jenseits eines im Niemandsland versickernden Lebenslaufs, findet nicht als symbolisierte Passage, sondern als beiläufiges Abbröckeln von Lebensbereichen, als Sterben auf Raten statt.

Das auf sich selbst zurückgeworfene Ich der Neuzeit spaltet inmitten seiner "Sinnlosigkeit" den Tod vom Leben ab, begreift ihn nicht mehr als dessen Teil, sondern nur noch als dessen Vernichtung. SLOTERDIJK (1983, 637 f.) verweist in diesem Zusammenhang auf "Ersatztranszendenzen", die den Verlust eines unfraglichen Jenseits ersetzen sollen: das menschliche Unbewußte, die Geschichte, die Raumfahrt, Erotik, Künste, Leistungssport, Drogen und Tourismus (vgl. HAHN 1976, 54 ff.). Der Tod wird, wenn, dann als der Tod des anderen gedacht, alle Mittel richten sich auf das Nichtsterben, auf den Kampf gegen Krankheiten, Feinde im Überlebenskampf, auf den Kampf gegen die Bedrohung des Ich (SLOTERDIJK 1983, 634).

Die moderne Alters- und Krankheitsproblematik ist nicht nur durch die "Entzauberung der Welt" zu einer Sinnproblematik geworden, sondern auch, weil immer mehr Menschen ihren Lauf des Lebens so lange durchhalten, daß sie an seinem Ende den Tod auf sich warten wissen. Dieser bevorstehende Tod fordert zur Auseinandersetzung. Jene kann durchaus auch dann in Form von Verdrängungen stattfinden, wie Ergebnisse der Coping-Forschung zeigen (vgl. SCHAFFT/TÜPFER 1984). Aber auch in diesem Bewußtseinsgrad steckt das Wissen um die bedrohliche Qualität von Krankheit, wozu ja auch die Popularisierung medizinischen Wissens beiträgt: Nichtwissen erscheint daher im Verdacht der Dissoziation. Gesundheits- und Krankheitsbegriffe werden dann brüchig, wenn, wie bei Krebs- und Kreislaufkrankheiten, die verbleibende Lebensspanne mit Wahrscheinlichkeiten gehandelt wird - als Wettlauf zwischen Krankheit und "natürlichem" Tod.

Fassen wir S t e r b e n als die Zeitspanne, in der Erwartungen und die Aufmerksamkeit des kranken oder alten Menschen mehr oder weniger bewußt auf den nahenden Tod gerichtet sind, so kann die These vom Sterben als lebenszyklischer Phase daran angeschlossen werden: Die Auseinandersetzung mit dem Tod erscheint als "Entwicklungsaufgabe", die Selbstverständlichkeit der lebenszeitlichen Ewigkeitsunterstellung ist gebrochen, und dieser Prozeß kann sehr lange - mitunter Jahre - dauern. Sterben wird sowohl als sozialer wie als individueller, als geistiger wie als körperlicher Prozeß interpretierbar.

In einer solcherweise neu zu bestimmenden lebenszyklischen Phase des Sterbens wird darüber sowohl die Individualisierung des einzelnen in der Einsamkeit seines Sterbens auf die Spitze getrieben als auch eine Enteignung des Sterbenden von seinem Tod als Vergesellschaftung des Todes konstatierbar (vgl. BAUDRILLARD 1982; GRÖNEMEYER 1985; ILLICH 1981; RIDDER 1983; ROSENMAYR 1983, 56 f.). Das lange Sterben wird zu einer wichtigen Quelle der Furcht vor dem Tode (SCHMIED 1985; 19-32, 79 ff.).

2. Zur Professionalisierung des Lebenslaufs am Beispiel des Umgangs mit Sterben und Tod

HABERMAS (1981) hat die Janusköpfigkeit der im Leben moderner Industriegesellschaften zu Ehren gekommenen zweck-rationalen Zugangsweise zur Bewältigung des Lebens herausgestellt. In der Technisierung und Durchorganisierung individueller wie kollektiver Lebensvollzüge enthüllt sich die eine Hälfte des Kopfes als Rationalisierung im Sinne von Arbeitsteilung. Die auf die Spitze getriebene Arbeitsteilung hat für den einzelnen einen Verlust unmittelbarer Erfahrungsmöglichkeiten zur Folge. Wirklichkeit tritt in vielen Bereichen als "Fremdes" entgegen, demgegenüber Anpassung als Lernen notwendig wird. Beispiele sind Ergebnisse rationaler Arbeitsprozesse: der Städtebau; die uniformierten Grundrisse von Wohnungen, die bestimmte Handlungsmöglichkeiten in den jeweiligen Räumen festschreiben; die Mikrowellenküche; der Personal-Computer bis hin zur Spezialisierung und Technisierung menschlicher Handlungskompetenzen etwa im Computerpsychotherapieprogramm "Lisa", während gleichzeitig kulturelle Kommunikationsformen gegenüber Themen wie dem Sterben verloren gehen (v. FERBER 1970, 245). Das Schaudern und die Angst, die Wirklichkeit nicht zu verstehen, werden ihrerseits unter die rationalisierende und technisierende Kuratel gezwungen, wie DORR (1981) am Beispiel des Todes zeigt.

Auf der anderen Hälfte des Januskopfes zeigen sich somit das aufgeklärte "Ich" und der Fortschritt, der wesentlich auch ein Fortschritt des Gesundheitswesens ist. Die Verbesserung der Bedingungen von Leben und seine "Verlängerung" sind Leistungen einer modernen Medizin und eines selbstbewußten Menschen, der die Verantwortung für sein Leben mehr oder weniger in die eigenen Hände übernommen hat. Die Antithese besteht hier in der Frage, welches Verhältnis der einzelne zu dem in den Wissenschaften verwalteten theoretischen und praktischen Spezialwissen hat, das ihm in Form verberuflichter Lebensbewältigungsdienstleistung gegenübertritt.

Im Zuge vermeintlicher Aufklärung ereignet sich oft deren Gegenteil. Auch hinter der Fassade des "Booms" öffentlicher und wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit Tod und Sterben kann sich statt Zuwendung Abwehr zeigen. Die oft beschworene "Enttabuisierung" des Todes ließe sich dahingehend bezweifeln, daß eine "Tabuisierung zweiter Art" stattfindet unter dem Deckmantel zunehmender Rationalisierung des Lebens.
Gerade im Bereich sozialer Interaktion dürfte von Enttabuisierung des Todes kaum die Rede sein (vgl. WITTKOWSKI 1982; v. FERBER 1970, 248). Demgegenüber betont SCHMIED (1985, 32 ff.), daß allein das seltene Erleben von Sterben Grund für die seltene Reflexion und Kommunikation ist und bestreitet die Möglichkeit, überhaupt sinnvoll von "Tabu" und "Verdrängung" zu reden. Allerdings berücksichtigt er dabei die Ambivalenz von Gefühlen gegenüber Sterben und Tod sowie die Komplexität von Abwehrmechanismen zu wenig: Auch viel reden kann Ausdruck (emotionaler) Verdrängung sein. So bedeuten viele Veröffentlichungen zu den Themen Sterben und Tod lediglich eine Ausweitung der wissenschaftlichen Perspektive um weitere Variablen, so, wenn die Variable Todesangst in die entwicklungspsychologische Einstellungsforschung eingebaut wird (vgl. WITTKOWSKI 1978). Ein weiteres Motiv des wissenschaftlich gesteigerten Interesses sieht v. FERBER (1970, 237) in den Leistungen der chirurgischen Organverpflanzungen und der damit verbundenen Furcht des Menschen, vor dem Tode der Unversehrtheit des Körpers beraubt zu werden; dies ist eine Parallele zur Angst vor dem Lebendig-begraben-Werden im Barock.

Einige alltägliche Beispiele aus dem "Geschäft mit dem Tod" mögen die Ambivalenz von Rationalität und Irrationalität in den heutigen Todesbildern und Todeserfahrungen veranschaulichen.
In den "Erlanger Nachrichten" vom 19.1.1986 findet sich ein kurzer Bericht mit dem Thema "Stiller Renner. Kärnten: Letzte Ruhe mit Seeblick". Insbesondere Urlauber sollen animiert werden, ihre letzte Ruhestätte unter dem ganz profanen Gesichtspunkt einer idyllischen und schönen Aussicht dort auszuwählen, wo sie auch sonst ihr Urlaubsgeld gelassen haben. Die Rationalität des Geschäfts mit schönen Grabstätten (vgl. MITFORD 1965) kontrastiert mit der unterlegten Vorstellung, diese schöne Aussicht auch als Toter noch genießen zu können - ein Motiv, das schon Thomas MANN im "Zauberberg" (Fischer TB, 338 f.) literarisch vorweggenommen hatte. In gewisser Weise baut die Rationalität des Geschäfts auf irrationalen Unsterblichkeitsphantasien potentieller Interessenten auf.
Ein noch extremeres Beispiel ist das neueste Angebot der amerikanischen Bestattungsindustrie, Urnen mit der Asche Verstorbener in den Weltraum zu entsenden (FR, 14.2.1986). Die Außenfläche des Satelliten mit den Urnen soll aus stark reflektierendem Material bestehen, so daß in klaren Nächten die Hinterbliebenen

in den Genuß ihres Anblicks kommen können. Dieses Angebot hat großes Interesse hervorgerufen und ist nicht mal die teuerste Bestattungsvariante (vgl. Spiegel Nr. 38, 1983, 186 ff.). Diese Bestattungsform ließe sich als Verwirklichung der Vorstellung von Kindern sehen, nämlich daß die Toten in den Himmel kommen, aber auch als technische Glanzlösung der Abwehr einer "Wiederkehr der Toten", wie sie in vielen Kulturen betrieben wurde und wird (WEISS 1986).

In einer weiteren Anmerkung möchte ich kurz auf die medizinisch-klinische Bestimmung des Todes bzw. des Sterbens eingehen (vgl. SCHMIED 1985, 107 ff.), die durch die Transplantationsmedizin große Bedeutung hat. Die Bestimmung des Todeszeitpunktes ist bis heute schwierig. Die "Grauzone" nicht eindeutigen Lebens und Totseins ist von daher ein nicht zu unterschätzendes ethisches Problem, auch wenn nur die spektakulärsten Fälle bekannt werden. Die Intensiv- und Apparatemedizin macht es möglich, Sterbende sehr viel länger am Leben zu erhalten, als dies früher der Fall war und als manchem der Betroffenen recht wäre, könnte er sich dazu äußern. Als Reaktion auf diese Problemlage ist die 1980 erfolgte Gründung einer "Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben" anzusehen, die entsprechende, wenn auch umstrittene Verfügungen für den Fall unerwünschter Lebens- bzw. Sterbensverlängerung entwickelt hat. Weiterhin hat sich angesichts dieser Problematik auch die Diskussion um die Sterbehilfe verstärkt und wurde durch spektakuläre Ereignisse (HACKETHAL) angeheizt, während man die diskret immer schon betriebenen Sterbehilfen dabei übersah.

Läßt sich über die Eindeutigkeit des Todes noch relativ einvernehmlich Einigung erzielen, so ist dies bei der Frage nach der Definition von Sterben noch schwieriger: Was unterscheidet den "Normallebenden" vom Moribunden? Gibt es objektive Kriterien oder sind Fremd- und/oder Selbstdefinitionen entscheidend? Beginnt Sterben mit der Diagnose einer mit einer hohen Wahrscheinlichkeit tödlich verlaufenden Krankheit, zum Beispiel Leberkrebs? In diesem Falle ließe sich die Auffassung des Sterbens als lebenszyklischer Phase angesichts der hohen Krankheitsziffern bestätigen.
ARNOLD/GIERHAKE (1984) zeigen mit einem drastischen Beispiel, daß es moderne Varianten der Altenabschaffung gibt, die durch Institutionen für Alte und Pflegebedürftige gefördert werden, indem ein vorzeitig induziertes soziales Sterben einen "terminal drop" erst künstlich erzeugt (vgl. KUCHER 1985; SUDNOW 1973). Zum anderen verweist dieses Beispiel auf die subtilen Transformationsprozesse vom Status des Gesunden zu dem des Sterbenden, die auch HOCKEY (1986, 40) sehr anschaulich und treffend in ihrer Untersuchung eines Altenheims beschreibt.
Im folgenden soll der soziale und komplexe Handlungsprozeß des Sterbens aus der Perspektive des Gesundheitssystems, der Medizin und der helfenden Berufe be-

leuchtet werden (vgl. SCHNOOR/SENDZIK 1986, 169 f.). Dies entspricht der These einer zweiten Abspaltung des Todes vom Leben in Form von sich dafür zuständig erklärenden Professionen der Medizin, der Psychologie und der Seelsorge, der Thanatogogik und Thanatotherapie und von Institutionen, die den Tod verhindern und das Sterben organisieren und verwalten.

2.1 Gesundheitssystem und Medizintechnik: Säkularisierung als die Aufwertung des menschlichen Körpers

In grundlegend kritischer Absicht hat Ivan ILLICH (1981) die Folgen einer "Überentwicklung" des ärztlichen Gesundheitssystems untersucht. Er versucht zu zeigen, daß die Medizin die Menschen aus drei Gründen nicht gesund, sondern krank mache: Sie produziere zwangsläufig klinische Schäden, die ihre potentiellen Wohltaten überwiegen; sie könne die politischen Verhältnisse, die die Gesellschaft krank mache, nur begünstigen; und drittens, sie verstümmele und entfremde die Kraft des einzelnen, selbst zu gesunden und seine Umwelt zu gestalten (ILLICH 1981, 15).

Für ILLICH sind zwei Dinge "gewiß". Weder könne die Beseitigung alter Formen von Mortalität oder Morbidität der medizinischen Praxis zugeschrieben werden, noch solle man ihr die gestiegene Erwartung eines im Leiden an neuen Krankheiten verbrachten Lebens anlasten.
Die Umwelt betrachtet ILLICH als ausschlaggebende Determinante des allgemeinen Gesundheitszustandes jeder Bevölkerung (ibd., 22 ff.). Dies lasse sich aus der Analyse von Krankheitstrends, der Medizingeographie und der medizinischen Anthropologie heraus belegen. Zusätzliche und teilweise konfundierende Variablen sind der Grad soziopolitischer Gleichheit und Kulturmechanismen, die eine stabile Bevölkerungszahl ermöglichen. Während alte Krankheitsursachen schwinden, kann sich zum Beispiel eine neue Form der Fehlernährung zur modernen Epidemie mit schnellster Ausbreitung entwickeln.

Soziale Gesundheitsschäden sind all jene, die durch sozio-ökonomische Veränderungen bedingt sind; durch die Institutionen der Gesundheit, durch die Erzeugung von Abhängigkeit oder Streß, als Verbannung des Leidens ins Krankenhaus, als Entfremdung von Geburt, Krankheit und Tod, wie sie sich auch in der Sprache dokumentiert, als Umdefinition von Leiden, Trauer und Heilung zu Formen sozialer Abweichung. Auf dieser Ebene findet sich eine Professionalisierung des Lebenslaufs: expertenhafte Dienstleistungen von der - routinehaft als Krise unterstellten - Geburt, die Unterweisung in spezifischen Kulturtechniken, Bildungsberatung, Berufsberatung bis hin zur Versorgung von Krankheit und Sterben.

Die mit solchen Professionalisierungsentwicklungen einhergehenden Degenerierungen alltäglicher Handlungskompetenzen interpretiert ILLICH als Schädigungen auf der kulturellen Ebene. Die Kunst des Leidens sei Ausdruck menschlichen Verhaltens, welches mit einem Gefüge von Einstellungen zu Schmerz, Krankheit, Schwäche und Tod als einer einmaligen G e s t a l t von Gesundheit einhergehe (ibd., 152 ff.). Die menschliche Zivilisation ziele auf die Abschaffung der Kunst zu leiden und zu sterben und damit auf einen Verlust der ganzheitlichen Perspektive. Beispiele einer solchen Verflachung sind die Vermarktungen des Todes, der zur Ware wird (vgl. BAUDRILLARD 1982; MITFORD 1965). Makabrerweise gilt dies sowohl für die Mechanisierung des Todes im Schlachtgewerbe (vgl. GIEDION 1982) als auch für das Bestattungsgewerbe und Trauersitten. In der Organisationsstruktur des Krankenhauses sind Tod und seelische Konflikte nicht eingeplant. Die Pflege Sterbender wird teilweise als eine Art Zumutung betrachtet, so daß LAU feststellt, die Rolle des Sterbenden sei mithin nicht wie die des Patienten strukturell gewollt und vorgesehen (zit.n. SCHMIED 1985, 44). Demzufolge wird auch der unheilbar Kranke oft bis zuletzt mit dem ganzen technischen Instrumentarium so behandelt, als ob seine Krankheit nicht zum Tode sei (EIBACH 1980, 547).

Diesen Zusammenhang von Tod und Technik hat RIDDER (1983) eingehender reflektiert. Dabei versucht er eine sozialwissenschaftliche Ortsbestimmung des Todes, indem er technische Bedingungen der Definition des Todes, Wissensstrukturen in der Technik, Folgen der Technik und deren Bewertung analysiert und im Hinblick auf künftige Entwicklungen extrapoliert. Zugrunde liegen der Untersuchung Konzepte einer rationalen Behandlung des Todes und der Individualisierung. Die Rationalitätsunterstellung geht einher mit einer Interpretation des Todes als Folge einer ärztlich attestierten Krankheit, die ärztlicherseits bekämpft wurde: Damit wird das Sterben "an berufsmäßige Spezialisten delegiert, dabei medikalisiert und schließlich dem Laien ganz enteignet" (ibd., 111). Die Abspaltung des Todes vom Alltag - und damit auch von der privaten Verfügung - in das Krankenhaus hat damit seinen Anfang genommen. Weiterhin ist diese Entwicklung auch mit Bedingung für die Entstehung des "langen Sterbens" in der Neuzeit.

Die Einführung wissenschaftlicher Prinzipien und Methoden in die Medizin Ende des 19. Jahrhunderts führte zu einer Spezialisierung des Wissens und zur Ausdifferenzierung von Experten. Damit einher ging eine Industrialisierung im Gesundheitswesen, die ihren Ausdruck in Forschungsinstitutionen, Fördergesellschaften und größer werdenden Krankenhäusern fand. Die Einführung der Sozialversicherung (vgl. CONRAD 1982), die Bürokratisierung der Versorgungsinstitutionen, die Professionalisierung und Monopolbildung der Ärzteschaft sind weitere Schritte, die

auch die Herausbildung des klaren Lebenslaufschemas gefördert haben. RIDDER interpretiert diese Entwicklungen als Schleifen einer zirkulären Vorwärtsbewegung des medizinischen Versorgungssystems, die er nicht mehr als zweckrational (= technische Instrumente in der Hand des Arztes), sondern als systemrational rekonstruiert: Die Technik wird zur bestimmenden sozialen Bestimmungsform der daran Beteiligten. Konsequenterweise verändern sich damit auch die Entscheidungsgrundlagen des Arztes in der Praxis:

So entsteht der Konflikt zwischen dem medizinisch-technisch Machbaren und dem moralisch Verantwortbaren, auf den schon Max WEBER (1973, 599) als Reflexion der Voraussetzung der Kunstlehre Medizin hingewiesen hat: Problematisch sei es, die Aufgabe der Lebenserhaltung rein als solche und die der möglichsten Vermeidung des Leidens rein als solche zu bejahen; damit steht die Frage, ob das Leben lebenswert ist, außerhalb der Medizin. Neue Legitimationen sind angesichts der moralischen Erosion durch die Rationalisierung gefragt. Beispiele gibt es, wie bereits erwähnt, in den letzten Jahren und Jahrzehnten zur Genüge: die extrakorporale Befruchtung und die Schwangerschaftsabbrüche, die Diskussion um Sterbehilfe und "Euthanasie", Stationen zur Verhinderung des Sterbens und Stationen zu dessen Erleichterung. Die philosophisch-ethische Diskussion hat sich der Themen angenommen (vgl. EBELING 1984), allein ihre Rezeption liegt weit entfernt von möglichen Übersetzungen in die konkrete Handlungspraxis. Im medizinischen Alltag werden Entscheidungen mit den eben dort vorhandenen Wissensgrundlagen getroffen.

Diese Wissensgrundlagen der Medizin lassen sich auf deterministische Kausalvorstellungen über zuverlässig reproduzierbare Geschehensabläufe zurückführen. Deren Vorhersehbarkeit ersetzt das Prinzipienverständnis. Folge davon ist die Entstehung eines Rezeptwissens (vgl. SCHMIED 1985, 45): "Die Technologie der Medizin bedeutet eine Typisierung des Leibes zur biochemischen Maschine und dadurch eine S t a n d a r d i s i e r u n g der Krankheiten zu Fällen ..." (ibd., 113, Herv. i. Orig.). Diese Standardisierung ermöglicht die "identische Reproduktion" in personenbezogenen Arbeitsprozessen, die daher mechanisiert werden können. Entsprechend kann auch das kommunikative Handeln - im Extremfall sogar im Sterbezimmer - an die formale Mechanik der Arbeitsorganisation angeglichen werden. Während der typisierte Leib des Patienten für die Herrschaft der bürokratisierten Medizin zugerichtet wird (ibd.), kann sich auch der "Rest" des Patienten normativen Einpassungen ins Gesamtgefüge kaum mehr entziehen: Der "gute Patient" ist dann der kooperative, d.h. der Patient, der durch seine Lebens- und Gefühlsäußerungen die an ihm zu verrichtenden Arbeitsprozesse am wenigsten behindert (vgl. GLASER/STRAUSS 1974; ARIÈS 1981).

RIDDER weist schließlich noch auf Verobjektivierungstendenzen medizinischen Wissens hin, die eine "Ontologisierung" der Krankheitsbegriffe zur Folge haben. Die in der Institution Krankenhaus sich niederschlagenden Standardisierungs- und Routinisierungsprozesse führen entsprechend zu einer "Organisation des Sterbens", die nicht mehr am Kriterium "Würde", sondern an der Minimierung von Erschütterungen der damit befaßten Berufsträger ausgerichtet sind (SUDNOW 1973).

So sieht RIDDER die Entstehung eines berufstypischen Zynismus als Folge der Versachlichung der Beziehungen von Arzt und Patient, die sich ja auch andererseits in den klinischen Experimenten mit Menschen manifestiert.[2] Gerade diese Experimente sind Ausdruck dafür, daß sich Arzt und Patient über technische Mittel als Eigentümer von Tauschwerten aufeinander beziehen und darüber ihrer Subjektivität entkleidet werden (ibd., 115; vgl. BAUDRILLARD 1982). Und gerade in der exzeptionellen Situation des Sterbens werden ansatzweise die alltäglichen und entlastenden Mechanismen der Krankenhausorganisation aufgehoben, so daß Zynismus und Rohheit in dieser Belastung ihren Nährboden finden und Verdrängungen und Ausweichen entstehen (v. FERBER 1970, 244).

Die Beschränkung der Interaktion der Kulturen von Klinikpersonal und Patienten auf ein bio-technisches Zweck-Mittel-System bleibt nach v. FERBER in der Regel so lange verborgen, wie die Existenzbedürfnisse des Patienten noch mit den Zielen des Krankenhauses übereinstimmen, was in der Situation des Sterbens aber seine Grenzen findet. Dieser "kulturelle" Bruch erfordert gerade dann aufgrund seines exzeptionellen Charakters Normalisierungsbemühungen der Beteiligten. Diese können sich bisweilen als gut gemeintes Schweigen gegenüber dem Patienten (SCHMIED 1985, 67), unter anderem aber auch als Versachlichung sprachlicher Art manifestieren, wie dies IRION (1985, 117) am Beispiel der Sterbehilfe als "psychohygienisch adäquate Devitalisierung" karikiert. Die Versachlichung kann aber auch für den Patienten, der mehr oder weniger bewußt mit technischen Definitionen der ärztlichen Aufgabe konfrontiert wird, zur Entfremdung von seinem Körper und seiner Krankheit führen, die ja Objekt der Klinik geworden sind. Nach der Aufwertung des Körpers über die Säkularisierung des Lebenslaufs muß seine Enteignung und "Entsorgung" besonders kraß empfunden werden.

Die genannten Entwicklungen führen zu einer erheblichen Kontraproduktivität der ärztlichen Bemühungen um Heilung, wie dies ILLICH (1981) und RIDDER (1983)

---

2 Dabei möchte ich an die unvorstellbar anmutenden Menschenexperimente im Nationalsozialismus erinnern, die nicht zu Einzelfällen reduziert werden dürfen.

kritisch anmerken. Hierin entlarvt sich gewissermaßen die Rationalität der Medizin als Schein und Mythos und sitzt einem pseudoreligiösen Erlösungsglauben auf (JONAS, zit.n. RIDDER 1983, 116). Der Grenznutzen technischen Einsatzes muß die nicht-technische Seite des Systems berücksichtigen, das auch nicht-rationale Elemente hat. Neben der bio-technischen Versorgung muß beispielsweise auch die Ausübung von Macht über die Patienten gesehen werden. Als gesellschaftliches Stützsystem ist das Krankenhaus eine der Institutionen sozialer Kontrolle über einen individualisierten Lebenslauf, was angesichts der zunehmenden Verlagerung des Sterbens in eben diese Institution noch deutlicher wird (vgl. KOHLI 1985, 15 f.). Die Institution des Krankenhauses schwillt analog der Entwicklung des Gesundheitssystems an mit der Gefahr der Verselbständigung von Technisierung und einer explosionsartigen Steigerung mit systemgefährdenden Folgen (RIDDER, ibd., 117). So verdrängt der Computertomograph aus finanziellen Gründen Personal und schafft gleichzeitig aus Amortisationsgründen einen wachsenden Bedarf an Patienten. Die Kosten des Gesundheitssystems sind spürbar, treffen aber auf feste Interessenkonstellationen, wie in der politischen Diskussion um das Kostendämpfungsgesetz immer wieder deutlich wird, wenn der "schwarze Peter" herumgereicht wird. Während die Standesorganisation jener technischen Medizin sich nach innen hin oligarchisierte, "entwickelte sie nach außen jenen Imperialismus, der die Kolonialisierung der Leiblichkeit von Laien vollendete" (ibd., 117; SLOTERDIJK 1983, 504).

RIDDER (1983, 117) kommt über die Sinnfrage von Tod und Sterben auf die Notwendigkeit eines sinnhaften Verständnisses auch des Leibes und stellt der Medizin die Aufgabe, das durch den technischen Objektivismus ausgetriebene Subjekt wiederzugewinnen. Hierbei ist auch die Funktion von Psychotherapie reflexiv einzuholen.

Läßt sich schon ganz allgemein die Entwicklung und Entstehung der Psychotherapie sowohl als eine aufklärerische neue Bewegung interpretieren, die insbesondere in den sechziger Jahren einen Aufschwung erlebte, als auch als weitere Version einer menschlichen Selbstentfremdung durch die Spezialisierung und Ausgrenzung zwischenmenschlicher Kompetenzen, so verstärkt sich diese Ambivalenz am Thema des Umgangs mit dem Sterben.
Die folgenden Ausführungen müssen sich leider hier auf den Status von Andeutungen beschränken.

2.2 Zur Pädagogisierung und Therapeutisierung der "Lebensphase Sterben"

Im Zuge einer lebenslangen Begleitung der verschiedenen Phasen des Lebenslaufs

durch entsprechende Institutionen haben sich auch für das "abschließende Lebensalter" spezialisierte Disziplinen entwickelt. Insbesondere hinsichtlich einer Expansion von Arbeitsplätzen in psychosozialen Berufen werden im Alter "Marktlücken" entdeckt, auf die hin Ausbildungsgänge umkonzipiert werden. Ein Beispiel hierfür ist die Gerontopsychologie. Weitere Beispiele sind Thanatogogik und Thanatotherapie. Beide Disziplinen beinhalten eine bewertungsmäßige Ambivalenz: Sie können interpretiert werden als Erfordernis eines Versorgungsvakuums (alter und) sterbender Menschen, aber auch als professionalisierende Ausweitung eines Dienstleistungsberufs mit großer Unterbeschäftigung. Diese Ausweitung wiederum beinhaltet sowohl die Therapeutisierung des lebensweltlichen Sinngebungsdefizits (HAHN 1976, 53) als auch das Herausrücken von Sterbenden aus der institutionellen "Outcast"-Position (v. FERBER 1970, 244) in einen (fragwürdigen) Mittelpunkt.

In der Thanatogogik ist keine spezifische Altersgruppe wie in der Päd-agogik (Kinder) oder der Geront-agogik (Altenbildung) angesprochen, sondern eine Zielrichtung. Sie erhebt den Anspruch, nicht nur die lebenszyklisch letzte erzieherische Aufgabe zu sein, sondern zugleich ein allgemeines, nicht an Altersstufen gebundenes Erziehungsprinzip. Sie "ist zugleich Hilfe zum besseren Verständnis des Sterbenden von seiner Existenz und Hineinführung des Sterbenden in die andere bzw. die Nichtexistenz, je nach dem weltanschaulichen Standort dessen, der geführt wird bzw. dessen, der führt, da beide zumeist identisch sind" (REST 1977, 6). In gewisser Weise bedeutet dies die Wiederaufnahme einer Lehre der "Kunst zu sterben".

Thanatogogik und Thanatotherapie lassen sich kritisch unter dem bereits genannten Gesichtspunkt der Normalisierung exzeptioneller Situationen und der Rolle des "guten Patienten" (GLASER/STRAUSS 1974) rekonstruieren. Mit der Herausbildung entsprechender Sterbeexperten wird das "Abweichungspotential" des Sterbens wieder kontrollierbar und das sonstige Personal von diesen ungewohnten Aufgaben entlastet. Im Anschluß an diese Entwicklungen läßt sich die These formulieren, daß sich darin Prozesse der "Rationalisierung der Psyche" manifestieren, die den genannten technischen Rationalisierungen analog sind.

So hat SCHÖLEIN (1976; 1981) eben solche Prozesse in seiner Kritik am sogenannten "Psychoboom" thematisiert. Ausgehend von einem praktischen Interesse an den Themen Interaktion und Kommunikation dokumentieren sich für SCHÖLEIN im Psychoboom Versuche, die Wirksamkeit psychologischer Interventionstechniken in therapeutischem Sinn, oft aber auch mit anderen Zielen gepaart, zu erhöhen. Soweit dies gelingt, eröffnet sich ein "Markt der Nachfrage und des Angebots von

Sinnversorgung und Sinnentsorgung". Die Legitimation psychologischer Intervention wächst entlang ihrer Effizienz und läuft Gefahr, die Autonomie ihrer Zielbestimmung aufzugeben, ja - gemessen am eigenen, autonomiefördernden Anspruch gegenüber ihren Adressaten - sogar kontraproduktiv zu werden. Bei eingelösten Ansprüchen der Profession aber ist bei gegebener Nachfrage mit einer Angebotserweiterung zu rechnen, die die Professionalisierung von der Qualifizierung abkoppelt (vgl. KURSBUCH 82, 1985).

Die Professionalisierung des Umgangs mit dem Sterben kann für den Betroffenen hilfreich, aber auch schädlich sein. "Der Sterbende muß sich nicht mehr nur mit den medizinischen Angriffen auf seine Souveränität auseinandersetzen, sondern mit subtilen psycho-technischen Versuchen, aus ihm ein Objekt von Behandlungen zu machen" (R. GRONEMEYER 1985, 108; vgl. ILLICH 1981; SLOTERDIJK 1983). Die neue Ära sei dadurch gekennzeichnet, daß die Pfleger nicht mehr nur mit Schläuchen, sondern mit Gesprächstechniken kämen, um als "sterbemorphologisch ausgebildete Moribundenarbeiter" (ibd.) und Dienstleistungsexperten in aller Gründlichkeit mit dem Sterbenden das für ihn entworfene Sterbecurriculum zu absolvieren. Reimer GRONEMEYER (1985, 110 f.) polemisiert gegen eine solche Pädagogisierung des Sterbens, die er als eine repressive Entmachtung des Sterbenden mit Hilfe von Psychotechniken bezeichnet. Die Entwicklung und Bestimmung der - beispielsweise von KÜBLER-ROSS popularisierten - Sterbephasen bedeute einen Versuch, den Tod bzw. das Sterben verwaltbar zu machen. Der lernzielorientierte Tod sei nicht als Ausrutscher zu verstehen, sondern als konsequente Fortführung der Abschaffung von Leben, der Abtötung lebendiger Erfahrung, der Ent-Marginalisierung des Alltags in der modernen Industriegesellschaft.

Zusammenfassend läßt sich mit diesen Hinweisen die Gefahr benennen, daß der soziale Dienst vom professionellen Experten nur noch als Arbeitsprozeß und nicht mehr als zwischenmenschlicher Interaktionsprozeß begriffen wird, der den Klienten in seiner psychosozialen Gesamtheit in den Mittelpunkt stellt (BÄCKER, zit.n. MÜLLER/LEIMKÜHLER 1984, 256; v. FERBER 1983). Parallel dazu wird damit aber auch die im traditionellen Berufsbild sozialer Berufe enthaltene "Ganzheitlichkeit der Tätigkeit" für den Berufsträger selbst gebrochen (GILDEMEISTER 1983, 1). Darüber hinaus muß die Frage gestellt werden, ob das Bild eines Berufes, der sich ausschließlich mit Leiden und Sterben beschäftigt, sinnvollerweise überhaupt gedacht, geschweige denn realisiert werden kann, nimmt man die (Selbst-)Forderung nach Ganzheitlichkeit auf.
Im Anschluß hieran ist eine reflexive Auseinandersetzung der Helfenden Berufe gefordert, die sowohl den faktischen Bedarf an Hilfe berücksichtigt als auch das berufliche Tun mit seinen subjektiven und gesellschaftlichen Folgen in den

Blick bekommt. Diese Aufgabe kann an dieser Stelle leider nicht mehr diskutiert, sondern nur noch formuliert werden. Sie ist Ausdruck der Ergänzung einer individuellen Selbstvergewisserung um Formen kollektiver, berufsständischer und berufspraktischer Selbstvergewisserungen sowie der Annahme gesellschaftlicher Verantwortung.

LITERATUR:

ARIES, P.: Studien zur Geschichte des Todes im Abendland, München 1981

ARNOLD, B./GIERHAKE, F.W.: Altentötung - ein Märchen aus der Vergangenheit? In: HOWE, J./OCHSMANN, R. (Hg.): Tod - Sterben - Trauer, Frankfurt/M. 1984, 196-201

BAUDRILLARD, J.: Der symbolische Tausch und der Tod, München 1982

CONRAD, Ch.: Altwerden und Altsein in historischer Perspektive. In: Zeitschrift für Sozialisation und Erziehung, 2. Jg., 1982, 73-90

DUERR, H.P.: Die Angst vor dem Leben und die Sehnsucht nach dem Tode. In: Ders. (Hg.): Der Wissenschaftler und das Irrationale. Beiträge aus Ethnologie und Anthropologie, 2 Bde, Frankfurt/M. 1981, 621-647

EBELING, H. (Hg.): Der Tod in der Moderne, Frankfurt/M. 1984

EIBACH, U.: Kliniken für unheilbar kranke und sterbende Menschen? In: Zeitschrift für Gerontologie, Bd. 13, Heft 6, 1980, 547-551

ENGELKE, E.: Situation und Umfeld für Sterbebeistand heute. In: ENGELKE, E./SCHMOLL, H.-J./WOLFF, G. (Hg.): Sterbebeistand bei Erwachsenen und Kindern, Stuttgart 1979, 17-29

FERBER, Ch.v.: Der Tod. Ein unbewältigtes Problem für Mediziner und Soziologen. In: KZfSS, 22. Jg., 1970, 237-250

FERBER, Ch.v.: Zur Soziologie des Laien vor den Ansprüchen der Medizin. In: FERBER, Ch.v./BADURA, B. (Hg.): Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe, München 1983

FISCHER, W.: Struktur und Funktion erzählter Lebensgeschichten. In: KOHLI, M. (Hg.): Soziologie des Lebenslaufs, Darmstadt u. Neuwied 1978

GIEDION, S.: Die Herrschaft der Mechanisierung, Köln 1982

GILDEMEISTER, R.: Als Helfer überleben. Beruf und Identität in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Neuwied u. Darmstadt 1983

GLASER, B.G./STRAUSS, A.: Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige, Göttingen 1974

GOVINDA, A.: Grundlagen tibetischer Mystik, Weilheim 1982

GRONEMEYER, R.: Orthothanasie - Vorschläge für einen therapeutisch gesicherten Abgang aus dem Leben. In: EISENBERG, G./GRONEMEYER, M. (Hg.): Der Tod im Leben. Ein Lesebuch zu einem "verbotenen" Thema, Gießen 1985, 102-115

GUMBRECHT, H.U.: Die Identität des Heiligen als Produkt ihrer Infragestellung. In: MARQUARD, O./STIERLE, K. (Hg.): Poetik und Hermeneutik, Bd. 8: Identität, München 1979, 704-708

GUMBRECHT, H.U.: Lebensläufe, Literatur, Alltagswelten. In: MATTHES, J./PFEIFENBERGER, A./STOSBERG, M. (Hg.): Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive, Nürnberg 1981, 231-279

HABERMAS, J.: Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. 1: Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalität, Frankfurt 1981

HAHN, A.: Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit, Stuttgart 1968

HAHN, A.: Soziologie der Paradiesvorstellungen, Trier 1976

HALBFAS, H.: Lebensgeschichte und Religiosität - Prolegomena zu einer Mythobiographie. In: MAURER, F. (Hg.): Lebensgeschichte und Identität. Beiträge zu einer biographischen Anthropologie, Frankfurt 1981, 168-186

HOCKEY, J.: Cultural and Social Interpretations of "Dying" and "Death" in a Residential Home for Elderly People in the North East of England. In: SICH, D./FIGGE, H.H./HINDERLING, P. (Hg.): Sterben und Tod. Eine kulturvergleichende Analyse, Braunschweig 1986, 35-43

ILLICH, I.: Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens, Reinbek 1981

IMHOF, A.E. (Hg.): Der Mensch und sein Körper. Von der Antike bis heute, München 1983

IMHOF, A.E.: Die verlorenen Welten. Alltagsbewältigung durch unsere Vorfahren - und weshalb wir uns heute so schwer damit tun, München 1984

IRION, U.: Thanatokrates oder von der real existierenden Unsterblichkeit der ewigen Spießerseele. In: EISENBERG, G./GRONEMEYER, M. (Hg.): Der Tod im Leben, Gießen 1985, 116-118

KOHLI, M.: Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente. In: KZfSS, 37. Jg., 1985, 1-29

KUCHER, W.: Ältere Menschen in früheren Kulturen. In: LADE, E. (Hg.): Handbuch Gerontagogik. Loseblattwerk zur Alten- und Seniorenarbeit, Stichwort: Kulturvergleich, Obrigheim 1985

KURSBUCH 82: Die Therapie-Gesellschaft, Berlin 1985

MITFORD, J.: Der Tod als Geschäft. The American Way of Death, Freiburg 1965

MÖLLER, U./LEIMKÜHLER, A.M.: Der Tod kennt keine Wiederkehr - Thanato-Psychologie als Gesellschaftsauftrag? In: HOWE, J./OCHSMANN, R. (Hg.): Tod - Sterben - Trauer, Frankfurt/M. 1984, 245-257

REST, F.: Praktische Orthothanasie (Sterbebeistand) im Arbeitsfeld sozialer Praxis, 2 Bde., Opladen 1977

RIDDER, P.: Tod und Technik: Sozialer Wandel in der Medizin. In: Soziale Welt 34, H. 1, 1983, 110-119

ROSENMAYR, L.: Lebensalter und Kultur. Ein Versuch vergleichender Soziobiologie und Soziologie. In: CONRAD, Ch./KONDRATOWITZ, H.-J.v. (Hg.): Gerontologie und Sozialgeschichte. Wege zu einer historischen Betrachtung des Alters, Berlin 1983, 35-57

SCHAFFT, S./TÜPFER, S.: Psychische und soziale Probleme krebserkrankter Frauen. Eine ethnographische Studie, Universität Oldenburg 1984

SCHMIED, G.: Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft, Opladen 1985

SCHNOOR, H./SENDZIK, K.: Die Bedeutung des Todes für das Bewußtsein vom Leben. Ansätze in Psychologie, Soziologie und Philosophie, Frankfurt u. New York 1986

SCHOLEIN, J.A.: Psychotechnik als Politik. Zur Kritik der Pragmatischen Kommunikationstheorie von Watzlawick et al., Frankfurt/M. 1976

SCHOLEIN, J.A.: Zur Instrumentalisierbarkeit von Institutionen. Entwicklungsschwierigkeiten selbstreflektiver Therapie. In: KLINGEMANN, H.-D./KAASE, M. (Hg.): Politische Psychologie, Sonderheft 12, Opladen 1981, 417-436

SLOTERDIJK, P.: Kritik der zynischen Vernunft, 2 Bde., Frankfurt/M. 1983

SUDNOW, D.: Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung, Frankfurt/M. 1973

WEBER, M.: Wissenschaft als Beruf. In: Ders.: Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, Tübingen 1973, 582-613

WEBER, M.: Die Protestantische Ethik I. Eine Aufsatzsammlung, hrsg. von J. WINKELMANN, Gütersloh 1920/1984

WEISS, G.: Zur Anthropologie des Todes. Konzeptionen außereuropäischer (Stammes-) Gesellschaften zu Totenkult und Jenseitsglauben. In: SICH, D./FIGGE, H.H./HINDERLING, P. (Hg.): Sterben und Tod, Braunschweig 1986, 217-226

WITTKOWSKI, J.: Tod und Sterben. Ergebnisse der Thanatopsychologie, Heidelberg 1978

WITTKOWSKI, J.: Todespsychologie. In: ASANGER, R./WENNINGER, G. (Hg.): Handwörterbuch der Psychologie, Weinheim 1982, 520-524

Dieter Schwarz

Heppstädterstraße 14

8555 Neuhaus-Adelsdorf