

Klaus Feldmann

Thanatosoziologie: Ausgewählte Erkenntnisse.

Ausschnitte aus:

Sterben und Tod.

**Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse
1997**

(Seitenangaben des Originals in Klammern/ Kommentare in Anmerkungen)

<i>Einleitung</i>	2
Theoretische Grundlagen	4
Der Tod in interkultureller Perspektive	7
Der Tod im sozialen Wandel	10
<i>Begräbnisrituale</i>	12
Verneinung und Verdrängung des Todes	16
Individualisierung, psychisches Leben und Sterben	23
Mortalität in Industriegesellschaften	28
<i>Geschlechtsspezifische Unterschiede der Mortalität</i>	29
<i>Mortalität und soziale Schicht</i>	31
Der Tod in Institutionen und Organisationen	33
<i>Familie und Primärgruppen</i>	33
<i>Trauer und Institution</i>	35
Trauer der Eltern beim Verlust eines Kindes	39
<i>Medizin</i>	41
Soziologie des Körpers	42
Organtransplantationen	45
Sterben im Krankenhaus	47
Hospiz	52
<i>Massenmedien</i>	54
Formen des Sterbens	56
<i>Der natürliche und der gewaltsame Tod</i>	56
Der gewaltsame Tod	56
Der natürliche Tod	59
<i>Das soziale Sterben</i>	61
<i>Soziales Weiterleben und Unsterblichkeit</i>	67

<i>Das "gute" Sterben</i>	69
Euthanasie	74
<i>Der allgemeine Tod: Krieg und andere Formen</i>	77
Gesellschaftsformung im Zeitalter nuklearer Vernichtungspotentiale	80
Der Tod von Kulturen, Kollektiven und sozialen Gebilden	81
Genozid	84
Exkurs: Ökozid	84
Die Zukunft von Sterben und Tod	85
<i>Literaturverzeichnis</i>	88

Einleitung

Die Hirntoddefinition deutet auf den Wandel im vorherrschenden Menschenbild hin - Bewußtsein, zentrale Steuerung, Rationalität. Die gesellschaftliche Anerkennung der Definition über den Gehirntod erwies sich für den Fortschritt der Medizin, z.B. für die erfolgreiche Durchführung von Organtransplantationen, als notwendige Voraussetzung. Nur das Gehirn ist wesentlich für den "modernen" Menschen, die anderen Körperteile sind ersetzbar, ohne daß es zu einem Identitätsverlust kommt. Das traditionelle japanische Menschenbild geht dagegen von einer untrennbaren Einheit der Körperteile aus, da sonst die Identität gefährdet ist (Ohnuki-Tierney 1994). Somit stießen Organtransplantationen und die Hirntoddefinition in Japan auf starken Widerstand.

Daß trotz der wissenschaftlich und auch rechtlich anerkannten Gehirntod-Definition auch in westlichen Industriestaaten kein gesellschaftlicher Konsens über den Zeitpunkt des Todes besteht, läßt sich an spektakulären Beispielen von Gehirntoten beweisen, die weiter am Leben erhalten werden, weil die Angehörigen und/oder Ärzte und/oder Richter dies wünschen. (7)

Im abendländischen wissenschaftlichen Todesdiskurs wird der Lebensanfang meist ausgeklammert. Doch dies ist nicht gerechtfertigt, denn bevor das soziale Leben eines Menschen beginnt, sind physisches Leben und zumindest partiell sozialer "Tod", bzw. stark reduziertes soziales Leben, verkoppelt - ein ähnliches Verhältnis wie am Ende des Lebens von vielen Menschen.¹ Auch eine biologische Betrachtung zeigt die notwendige genetische Verbindung von Anfang und Ende des Lebens.

¹ In reichen Staaten wird auf Menschen politischer, rechtlicher und ideologischer Druck ausgeübt, physisches und soziales Leben und Sterben stärker zu koppeln, als einige es ohne diesen Druck machen würden, z.B. durch Abtreibungsgesetzgebung.

Wann beginnt menschliches Leben oder wann hat menschliches Leben einen Zustand erreicht, der staatlichen Schutz erfordert? Mit der Befruchtung, mit der Nidation (Einnistung in der Gebärmutter Schleimhaut), mit dem Aufbau der ersten Nervenfunktionen, mit dem Schmerzempfinden, mit dem Beginn des "Hirnlebens" (ca. ab dem 70. Tag), mit der vom Mutterleib unabhängigen Überlebenschance, mit der Geburt oder mit einem sonstigen inneren oder äußeren Ereignis? (Vgl. Kluge 1992)

Vor allem ergibt sich die Frage: Unter welchen Bedingungen wird das Lebewesen als soziales Wesen, als Mitglied einer Gemeinschaft, anerkannt (Differenz zwischen physischem und sozialem Leben)? So lange das neue Lebewesen nicht sozial als lebend anerkannt ist, ist es zwar physisch lebendig, jedoch sozial noch nicht. Physischer Tod kann erst nach dem physischen Leben erfolgen, sozialer Tod kann jedoch schon vor dem sozialen Leben "der Fall sein". In vielen Kulturen waren Neugeborene noch keine sozial anerkannten und geschützten Lebewesen. Sie konnten getötet oder ausgesetzt werden.

Definitionen von Leben und Tod sind also nicht nur akademische Expertenaktivitäten, sondern normative Produkte, abhängig von kulturellen, politischen, ökonomischen und technischen Bedingungen. Die Definitionen von Leben und Tod werden in modernen Industriegesellschaften durch naturwissenschaftliche, biologische und medizinische Erkenntnisse legitimiert, die selbst wieder historische und soziale Produkte sind.² Außerdem sind die jeweiligen rechtlichen Bestimmungen auf jeden Fall soziale Setzungen, für die es keine letztlich objektive oder absolute Grundlage gibt. Sie sind Ergebnisse der Interaktion, des Aushandelns, des Kampfes von Interessengruppen. Somit erweist sich "der Tod" entgegen unserem naiv-säkularen und populärwissenschaftlichen Alltagsverständnis nicht als "natürliches Faktum". Doch unser Bewußtsein wehrt sich wohl gegen diese Annahme der sozialen Vermittlung. Diese erscheint uns als Beiwerk zu dem natürlichen Geschehen.

Noch schwieriger ist die Antwort auf die Frage "*Wann beginnt das Sterben?*" zu geben. Wenn die sterbende Person meint, daß sie sterben müßte? (8)

Wenn eine andere (kompetente) Person es feststellt? Es ergibt sich folgende Frage: "*Wer bestimmt den Beginn des Sterbens?*" Ist in einer modernen Gesellschaft nur ein Arzt hierfür legitimiert? Im Gegensatz zur Definition des physischen Todes gibt es in der Medizin und im Recht keine verbindliche Definition des Sterbebeginns. Das Sterben ist offensichtlich eine unwichtige Angelegenheit, die nicht rechtlich geregelt wird. Sterbedefinitionen sind somit

² Viele sind freilich der Meinung, dass naturwissenschaftliche Erkenntnisse von historischen und sozialen „Beimischungen“ gereinigt werden können und sollen.

Ergebnisse von Kommunikationsprozessen, wobei es verschiedene Formen der Vermittlung, des Verschweigens, der Lüge und der Zurücknahme gibt. Dagegen besteht ein öffentliches Interesse an der Feststellung des Todes einer Person.³ Dieses starke Interesse finden wir in allen Kulturen.

In traditionellen Kulturen war die Vorstellung allgemein verbreitet, daß der Tod kein Zufallsereignis darstellt, sondern durch "bedeutsame Kräfte" bewirkt wird. Auch in modernen Gesellschaften werden Sterben und Tod "sozial produziert", die magischen Mächte wurden (teilweise) durch technisch-wissenschaftliche Kontrolle ersetzt (Fuchs 1979; Macho 1987). Traditionalen und modernen Kulturen gemeinsam ist also die intensive Suche nach Ursachen und Erklärungen für den Tod einer Person. Die Faszination durch Kriminalromane und -filme wird von diesem allgemeinen kulturellen Interesse gespeist.

In allen gesellschaftlichen Subsystemen (Politik, Ökonomie, Recht, Bildung, Religion, Kunst, Massenmedien etc.) ergeben sich spezifische Erscheinungsweisen des Todes. Nach Luhmann verarbeiten die gesellschaftlichen Subsysteme "Umwelt", zu denen die konkreten Menschen und ihr Sterben gehören, gemäß ihren Codes, also kann z.B. das Subsystem Wissenschaft mit Gefühlen nicht direkt umgehen, sondern sie nur in psychologische oder andere wissenschaftliche Begriffe und Theorien "transformieren". Todesprobleme werden also in Preise, Einfluß, Macht, Wahrheit und andere Codes "übersetzt" und speziellen Lösungen zugeführt. Es gibt also nicht "das Sterben" oder "den Tod" in der Gesellschaft, sondern nur viele verschiedene "Übersetzungen" einer anthropologischen Grundproblematik. (9)

Theoretische Grundlagen

Individuum und Kollektiv bzw. Gesellschaft sind durch den Tod miteinander verschränkt. Das Individuum wird durch das Bewußtsein seiner Endlichkeit, der ablaufenden Lebenszeit, zur Leistung motiviert. Da das Kollektiv bzw. die Gesellschaft das Individuum überdauert, wird eine Motivation gefördert, Leistungen im Dienste des Kollektivs durchzuführen, weil dadurch eine Teilnahme an der gesellschaftlichen Unsterblichkeit ermöglicht wird. Doch immer bleibt ein Spannungsverhältnis: Die Individuen können gesellschaftlich instrumentalisiert werden, im krassen Fall, wenn sie im Krieg „verheizt“ werden. Der einzelne kann sich existentiell als sterblich und damit als „verantwortungslos“ gegenüber

³ Dieses öffentliche Interesse bezieht sich nur auf den physischen Tod, nicht auf den psychischen und sozialen.

dem Kollektiv, das ihn nicht „retten“ kann, verhalten. Ob dies dann gesellschaftlich funktional ist, ist eine theoretische Frage. Adam Smith und seine „unsichtbare Hand“ betten auch den egoistischen Menschen in das Wohlergehen des Ganzen ein. Jedenfalls ist der Tod auch eine Grenze für Macht und Herrschaft, da den Toten nichts mehr befohlen werden kann - allerdings kann ihnen etwas „angedichtet“ werden, was wieder für die Machtspiele der Überlebenden bedeutsam ist. Auch kann man wie Comte sagen, daß die Toten Macht über die Lebenden haben. Macht und Herrschaft stehen jedenfalls in einem komplexen Verhältnis zum Tod. Macht kann mit direkter Todesdrohung ausgeübt werden, jedoch auch durch Verschleierung, Verdrängung und Täuschung bezüglich der Sterbechancen oder -bedingungen von Menschen. Jedenfalls sollte das Todesfeld gemäß diesem grundlegenden gesellschaftlichen Spannungsverhältnis differenziert werden:

- *der eigene Tod*
- *der Tod des anderen, d.h. von Bezugspersonen*
- *der allgemeine oder kollektive Tod*

Der allgemeine Tod ist eine Sammelkategorie, sie bezieht sich nicht auf Sterben und Tod einzelner Menschen, sondern auf Kollektive, Populationen oder soziale Gebilde: (11)

- Krieg und andere Formen des Massensterbens
- Todesideologien und anerkannte Unsterblichkeitsvorstellungen
- Leben und Sterben von sozialen Großgebilden, Gesellschaften, Staaten, Völkern etc. (12)

	<i>Physisches Sterben</i>	<i>Psychisches Sterben</i>	<i>Soziales Sterben</i>
<i>Der eigene Tod</i>	Lebenslänge Sterbeort Organspenderpaß	Identität Lebensqualität	Rollen- oder Statusverlust
<i>Der Tod des anderen</i>	Todesursache Umgang mit der Leiche	Sterbebegleitung Trauer Erinnerung	Rollenumstrukturi- erung Primärgruppen- wechsel
<i>Der allgemeine Tod</i>	Krieg Genozid	Ängste kollektiver Vernichtung	vor Vertreibung Auswanderung Überleben von Katastrophen

Eine naturwissenschaftliche Antwort auf die Frage. *Was ist der Mensch?* ist: *Ein Produkt der Evolution*. Individuen und Arten sind in der Evolution des Lebens vergängliche Produkte. Dauerhaft ist die genetische Grundstruktur, die freilich ebenfalls einem Wandel unterworfen ist. Der Tod von Individuen steht nicht im Gegensatz zur Erhaltung und Entwicklung des Lebendigen, sondern ist notwendig für die Evolution. "Im Prinzip ist die vorhergehende Generation für die natürliche Selektion nur hinderlich. Der Tod ist ein kreativer Trumpf im evolutionären Spiel." (Schiefenhövel u.a. 1992, 33)

Evolutionsbiologisch ist der zentrale Tod nicht der Tod des Individuums, sondern seine Nicht-Reproduktion.⁴ (13)

Durkheim ging in seiner anthropologischen Konzeption auch von der Sonderstellung des Menschen und seinem gesellschaftlichen Schutzbedarf aus. Die Bedürfnisse der Menschen sind offen und müssen folglich gesellschaftlich geregelt werden. Sie werden im Rahmen gesellschaftlicher Positionen und Rollen definiert. Wenn es zu schnellen gesellschaftlichen Veränderungen kommt, so wirken sich diese auch auf die Bedürfnisse der Personen aus. Bei zu schnellem sozialen Auf- oder Abstieg ergeben sich Diskrepanzen zwischen Erwartungen und realen Möglichkeiten. Die Personen versuchen, diese Diskrepanzen und psychischen Spannungen zu reduzieren, wobei Selbstmordhandlungen (extreme) Problemlösungen darstellen. Gesellschaftliche Verhältnisse und Strukturen schützen also die Menschen vor ihrer eigenen sonst selbstzerstörerischen Natur, können sie aber auch in Zeiten beschleunigten sozialen Wandels in den Abgrund reißen.⁵ (14)

Gibt es anthropologische, kulturunabhängige Konstanten im Verhalten von Menschen, wobei spezifisch der Bereich Tod und Trauer interessiert?

Untersuchungen belegen sowohl überkulturelle Elemente als auch große kulturspezifische Unterschiede im Trauerverhalten (Stubbe 1984, 323; Rosenblatt 1993; Stroebe 1994).

Selbst wenn in der Mehrzahl der Fälle ganz bestimmte Basisgefühle und vielleicht auch Basishandlungen (z.B. Mienenspiel, Weinen, Gesten, Körperhaltungen) anthropologisch

⁴ Zusätzlich zur „natürlichen“ Reproduktion kann man eine „kulturelle“ Reproduktion setzen, wobei freilich aufgrund der hohen Komplexität und des Konsensmangels keine eindeutige Beziehung zum physischen, psychischen und sozialen Leben und Sterben eines Individuums hergestellt werden kann.

⁵ Es sollten auch die Interaktionseffekte bedacht werden: Menschen wünschen, dass Konkurrenten verschwinden und es ist für sie rechtlich und moralisch besser, wenn die Konkurrenten sich selbst sozial, psychisch oder physisch töten, als wenn sie selbst direkte Täter sind.

angelegt sein sollten, handelt es sich nur um "Rohmaterial", das sozial und kulturell umgeformt wird. (15)

Der Tod in interkultureller Perspektive

Der Tod wurde meist nicht als eine naturgegebene Selbstverständlichkeit akzeptiert.⁶ In vielen Kulturen existieren Mythen, die die Entstehung des Todes erklären. Sie geben Antwort auf die Frage: Waren Menschen immer schon sterbliche Wesen?

Viele Mythen berichten, daß Sterblichkeit als Eigenschaft in einem Interaktionsgeschehen erworben wird, in dem sowohl göttliche als auch menschliche Wesen, Tiere, Pflanzen und andere Gegenstände eine Rolle spielen. Häufig handelt es sich um einen Verlust von Unsterblichkeit oder besser 'Todlosigkeit' aufgrund von Täuschung, Schuld, Betrug, Dummheit, Neid und anderen Affekten und Eigenschaften.

Eine mythische Erzählung der Konso und anderer afrikanischer Ethnien:

“Gott schickte einmal die Schildkröte zu den Menschen, die ihnen mitteilen sollte, die Menschen würden sterben und zum Leben zurückkehren, während dagegen der Mond sterben und für immer tot bleiben würde. Die Schildkröte gab die Botschaft verkehrt wieder, d.h. der Mond stirbt und entsteht wieder neu, während die Menschen sterben und tot bleiben.” (Cipolletti 1989, 171)

Doch auch Erklärungen, die sich nicht auf das Verhalten von Menschen, Tieren oder Göttern beziehen, sind in außereuropäischen Kulturen zu finden, z.B. der Tod als 'natürliche' oder 'kosmische' Bestimmung.

Im Gegensatz zu der in vielen Kulturen gestellten Frage: Waren Menschen immer schon sterblich? ist die Frage: *Sind Religionen 'entstanden', um das Todesproblem zu 'lösen'?* erst durch wissenschaftlich orientierte Personen in der Neuzeit gestellt worden. (17)

Religion bietet Kompensation und Wiederherstellung des Gleichgewichts, letztlich einen transzendenten Ausgleich, die Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod. Haben durch die erfolgreiche Kontrolle und die rationale Erklärung des Todes in modernen Gesellschaften die Religionen wesentliche Funktionen eingebüßt und somit an sozialer Relevanz verloren?⁷ (Goldscheider 1971) (18)

⁶ Mit Akzeptanz ist hier „kulturelle Akzeptanz“ nicht „individuelle Akzeptanz“ gemeint.

⁷ Da die soziale Ungleichheit weltweit keineswegs abgenommen hat und vor allem die Wahrnehmung sozialer Ungleichheit und Ungerechtigkeit wahrscheinlich in der Geschichte der Menschheit global nie stärker war als heute, besteht ein für Religionsanerkennung sehr fruchtbares soziales Feldgeschehen.

Menschen stellten zu allen Zeiten immer wieder folgende Fragen: Lebt der Tote noch? Lebt er in anderer Weise? Existiert er an einem anderen Ort? Unter welchen Umständen kann er wiederkommen? Unter welchen Bedingungen müssen die Toten die Gemeinschaft der Lebenden verlassen oder werden entfernt? Hier ist gleich anzumerken, daß dies in den bekannten Kulturen sehr unterschiedlich gestaltet wurde. Die These, daß nur moderne Gesellschaften "die Toten ausstoßen", ist sicher nicht haltbar.

In vielen vorindustriellen Kulturen wurden die meisten Todesfälle als gewaltsame Ereignisse definiert: Der Tod wird durch lebende oder tote Personen oder magische Mächte bewirkt.⁸

Die Vorstellung von der *Gewaltsamkeit des Todes* läßt sich besonders eindrucksvoll anhand der Mythen und Verhaltensweisen von Stämmen in Patagonien (Süd-Amerika) exemplifizieren. Sie glaubten, daß der Tod durch den höchsten Gott bewirkt werde. Wenn eine Bezugsperson starb, so klagten sie den Gott des Mordes an und rächten sich an ihm, indem sie Tiere, die ihm zugeschrieben waren, töteten (van Baaren 1987, 253). (19)

In den meisten Kulturen wird der Tod rituell geregelt, d.h. es gibt vorgeschriebene Verhaltensabläufe für die Betroffenen, für die Überlebenden und für die Toten. Der Tod wird als Übergang in einen anderen Zustand, häufig in ein Reich der Toten, definiert. Damit wird der Tod in den Lebenslauf eingeordnet, der durch verschiedene Übergänge (Kind zu Erwachsenen, Frau zur Mutter etc.) gekennzeichnet ist. Diese Übergänge von einer Identität zu einer anderen können auch als Prozesse des "sozialen Sterbens und Wiederaufstehens" begriffen werden. Der Übergang vom Kind zum Erwachsenen, von der Frau zur Mutter, vom Lebenden zum Toten und vom Ahnen wieder zum Kind bedarf bestimmter Rituale, da er ansonsten als nicht oder falsch vollzogen gilt. Diese *rites de passage* sind nach Arnold van Gennep (1909) durch eine dreistufige Struktur gekennzeichnet:

- Trennung von einem Status (Separation)
- Übergangszustand (Transition)
- Eingliederung in einen neuen Status (Inkorporation).

Man kann auch sagen: Es stirbt ein altes Selbst und ein neues wird geboren.

⁸Simmons (1970) fand heraus, daß von 47 untersuchten Kulturen 17 den Tod als unnatürliches und gewaltsames Phänomen betrachteten, 4 sahen ihn eindeutig als natürlich an und in 26 Fällen existierten beide Konzeptionen. Somit ist die These, daß fast alle Kulturen den Tod als unnatürlich oder gewaltsam definieren, nach Simmons nicht haltbar.

Im Übergangszustand befindet sich das Individuum "zwischen den Rollen", gleichsam in einer Transzendenz. Nach van Gennep ist diese Übergangsphase "autonom". Bei den Todesriten stellte er fest, daß die Trennungsphase meist viel weniger elaboriert war als der Übergangszustand. Typische Symbolisierungen des Übergangs in ein Jenseits sind Reisen über Wasser, Regeneration, Heilung und Wachstum.

Das Konzept der Übergangsriten wurde auch für die Beschreibung des Sterbeprozesses eingesetzt (Glaser/Strauss 1974; Kellehear 1990a)⁹. Es handelt sich um soziale, psychische und physische Bewegungen durch Stadien, wobei man verschiedene Ebenen und Personengruppen unterscheiden kann. Kellehear (1990b) hat die Nahe-Tod-Erfahrungen ebenfalls als Statuspassagen interpretiert, wobei bedeutsame Identitätsveränderungen und nonkonformes Verhalten auftreten können. Die Wiedereingliederung in das Reich der Lebenden erfolgt häufig mit einem normativen Bruch: die Person hat einen Bewußtseinswandel durchgemacht (z.B. geringere Todesangst, toleranteres und altruistischeres Verhalten, größeres spirituelles Interesse).

Hertz (1907) meinte, daß die Vorstellungen, die sich auf den Körper und die Seele des Verstorbenen und auf die Trauernden bezogen, durch zeitliche Symmetrie gekennzeichnet seien. Die Dauer der Verwesung, der Übergang der Seele ins Jenseits und die Dauer der Trauer wurden in einigen Kulturen synchronisiert. (20)

Das Schicksal der Seele spiegelt sich in der Veränderung des Körpers: Solange der Körper sich in Verwesung und Verwandlung befindet, ist auch die Seele ruhelos und den Gefahren ausgesetzt. In diesem unglücklichen Zustand stellt die Seele oder der Geist des Verstorbenen auch eine Gefahr für die Lebenden dar. Das große Fest beendet diese risikoreiche Phase, anerkennt die Ankunft der Seele im Land der Vorfahren, symbolisiert durch den nun dauerhaften Zustand des Körpers als Skelett oder Knochenansammlung.

Ebenso ist der Gedanke der "Verunreinigung" durch den Toten kein Ergebnis hygienischer Überlegungen. Auch bei solchen Vorstellungen betrifft die Verunreinigungsgefahr meist nur bestimmte Personen und sie umfaßt auch nicht nur die Leiche, sondern auch viele Gegenstände und Bereiche, die mit hygienischen Überlegungen kaum verbunden sind. Eher steht auch hier eine soziale Vorstellung dahinter: Bestimmte Personen sind durch den Tod

⁹ Vgl. zum „sozialen Sterben“ als Übergang: Feldmann 2004, 155.

eines Menschen sozial oder psychisch "amputiert" oder partiell gestorben, z.B. die Witwe. Auch sie müssen eine Übergangsphase durchlaufen, in der ihre Identität wiederhergestellt oder neu formiert wird. (21)

Wie schon gesagt, postulierte Hertz eine Symmetrie oder Parallelität zwischen den Zuständen des Körpers und der Seele, so daß von dem beobachtbaren Umgang mit der Leiche auf Annahmen über die Veränderungen der Seele geschlossen werden kann. Diese Prozeßsymmetrie konnte im Zuge der Modernisierung und Industrialisierung nicht aufrechterhalten werden. (22)

Die naturwissenschaftlichen Kenntnisse über den Verwesungsprozeß bzw. über die Zerstörung des Körpers und des Bewußtseins, die staatlich und medizinisch gelenkte bürokratische Regulierung der Versorgung der Leichen und die im Zivilisationsprozeß entstandene körperliche Sensibilität sind mit solchen traditionellen Vorstellungsmustern unverträglich.

Doch auch in modernen Gesellschaften findet ein langsames soziales Sterben des physisch Toten im Bewußtsein der überlebenden Bezugspersonen statt, das zu seiner "verlängerten Körperlichkeit", d.h. den vorhandenen Erinnerungsgegenständen, in Beziehung steht. Differenzierte Untersuchungen dieser modernen (und teilweise auch traditionsreichen) Übergangsphänomene fehlen bisher. (23)

Der Tod im sozialen Wandel

Der Tod einzelner bedeutsamer Personen, jedoch vor allem das Massensterben haben kulturelle und soziale Strukturen immer wieder entscheidend beeinflußt.

Die hohen Bevölkerungsverluste durch die Pest, andere Seuchen, Hungersnöte und Kriege im 14. Jahrhundert haben wahrscheinlich zur Zerstörung der feudalen Ordnung einen wichtigen Beitrag geleistet. "Die sozialökonomischen Strukturen der mittelalterlichen Gesellschaft werden durch die Pest zertrümmert." (Zinn 1989, 115) Viele Leitungsstrukturen brachen zusammen. Das Vertrauen in kirchliche und weltliche praktische Hilfe und in die entsprechenden Legitimationsideologien erodierte. In verschiedenen lokalen Bereichen wandelten sich aufgrund des Zusammenbruchs der Population auch die sozialen Strukturen in beschleunigter Weise. Es kam zu partieller Umverteilung auf verschiedenen Stufen der Hierarchie. In manchen Gebieten wurde die Arbeitskraft knapp und mußte höher bezahlt

werden, wodurch ökonomische Strukturveränderungen begünstigt wurden. (Ziegler 1969; Bowsky 1978) Auch die in manchen Regionen bereits stark beanspruchten Ökosysteme (z.B. durch Abholzung und Übernutzung der Böden) konnten sich "erholen", was wieder entscheidenden Einfluß auf die Lebensbedingungen künftiger Generationen hatte. (24)

Für die frühen Christen herrschte die Gewißheit vor, daß die Einbindung in das lebendige Kollektiv auch die Lösung für alle Probleme nach dem Tod mit sich bringe. Eine Angst vor der möglichen Verdammnis war kaum vorhanden und auch die Vorstellungen eines unmittelbar auf den Tod folgenden Gerichts oder des Jüngsten Gerichts spielten keine große Rolle.

Die Darstellungen des *Jüngsten Gerichts* wurden erst ab dem 12. Jahrhundert bedeutsam. In dieser Epoche war zwar die Einordnung ins Kollektiv nach wie vor sehr stark, jedoch hatte ein Individualisierungsprozeß begonnen, der die Sorge um das eigene Seelenschicksal verstärkte. Man findet in dieser Zeit einen Anstieg von Personendarstellungen auf den Grabplastiken; Testamente wurden häufiger gemacht, wobei Seelenmessen festgelegt wurden; Bekehrungen auf dem Totenbett wurden bedeutsam.

Mit der sozioökonomischen Entwicklung ab dem 12. Jahrhundert ergab sich eine *Individualisierung* (Aufblühen der Städte, größere Mobilität, stärkere berufliche Differenzierung und Gründung von Universitäten). Diese ideologischen Veränderungen können auch mit dem Machtkampf zwischen Kirche und weltlichen Herrschern assoziiert werden. Darauf deutet vielleicht die ab dem 12. Jahrhundert geforderte regelmäßige Beichte, welche die Kontrolle durch die Kirche verstärkte (Hahn 1979, 762 f). Allerdings wurde gerade durch diese Maßnahme auch der einzelne und sein Ich unfreiwillig gestärkt, was langfristig zu einer Abschwächung der Bindung an die Kirche führte.

Vovelle (1983) weist im Gegensatz zu Ariès stärker auf die Bedeutung *demographischer Faktoren* für den Wandel der Todesvorstellungen hin. Nach den schweren Bevölkerungsverlusten im Mittelalter (Seuchen, Krieg und Hunger) ergab sich im 16. Jahrhundert eine demographische Beruhigung, die wahrscheinlich auch die Abschwächung der gravierenden Todesfixierung der früheren Jahrhunderte begünstigte. (25)

Die Skepsis gegenüber den christlichen Glaubensvorstellungen wuchs zuerst in intellektuellen Kreisen und breitete sich ab dem 18. Jahrhundert auf das Bürgertum aus.

Bereits in der Mitte des 18. Jahrhunderts sind reduktive Tendenzen im traditionellen Todesbrauchtum festzustellen. Die für die Totenmessen festgelegten Summen sinken und auch die Stiftungen für Arme werden geringer. Außerdem sinkt die Zahl derjenigen, die in der Kirche bestattet werden wollen. Der Friedhof wird von der Kirche abgetrennt, er wird ein eigener exklusiver Bereich der Toten. Die Gemeinschaft der Lebenden distanziert sich von der Gemeinschaft der Toten, ghettoisiert sie.

Im 19. Jahrhundert vergrößerten sich die europäischen Städte und es kam zu einer Krise der urbanen Kontrolle. Die traditionellen Herrschaftsformen erwiesen sich als ungeeignet, so daß neue Kontrolltechnologien entwickelt werden mußten. Die Akkumulation der Menschen (Bevölkerungswachstum), des Kapitals und des Wissens im 19. (und 20.) Jahrhundert erforderten neue "Umgangsformen". Die modernen Wissenschaften erarbeiteten im staatlichen und teilweise auch privatwirtschaftlichen Interesse Strategien zur Kontrolle von Leben und Sterben. (26)

Sterben und Tod wurden also in den letzten beiden Jahrhunderten ebenso wie die Geburt und die Erziehung den Einflußbereichen der Familie und der Kirche teilweise entzogen. (26)

Begräbnisrituale

Nach Childe (1945) werden Begräbnisrituale bescheidener, weniger aufwendig und unbedeutender, wenn eine Gesellschaft kulturell und materiell stabil und ungefährdet ist; wenn eine Gesellschaft oder eine Gemeinschaft dagegen von außen oder innen bedroht wird, dann werden die Begräbnisrituale immer aufwendiger und gewinnen für die Mitglieder der Gemeinschaft an Bedeutung. (27)

Im 17. und 18. Jahrhundert herrschte in Europa in den meisten Fällen (abgesehen von der Oberschicht) ein Desinteresse an der Gestaltung der Grabstätten vor. Die Friedhöfe und die einzelnen Gräber waren sehr schlicht gehalten und verwarhlosten meist. Erst in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts änderte sich dieser Zustand. Die Begräbnisse und der Totenkult wurden aufwendiger - vor allem im Bürgertum. Romantische Ideen rechtfertigten eine Hinwendung zum Tod, eine Ästhetisierung, aber auch teilweise eine idealisierende 'Naturalisierung'.

Für die Abgrenzung des aufsteigenden Bürgertums von den unteren Klassen konnten diese aufwendigen Begräbnisse, Rituale, Ausschmückungen, Grabstätten und Etiketten gut genutzt werden. Für die Trauerzeit gab es eigens dafür hergestellte 'trauerunterstützende' Literatur und Ikone.

Zwar war dieser Totenkult offiziell noch christlich geprägt, doch er zeigte schon viele Merkmale einer Verweltlichung. Die bürgerliche Familie verwendete christliche Symbolik, um sich selbst zu "heiligen". Sie konnte durch ein üppiges Grabmal verherrlicht und dauerhaft repräsentiert werden. Die verordnete Trauer diente außerdem als Mittel zur 'Zähmung' der bürgerlichen Frau. (28)

Warum entstand dieses starke Interesse an Gräbergestaltung, Grabsteinen, Mausoleen etc.? Man könnte nach Childe den Grabkult des 19. Jahrhunderts auch dadurch erklären, daß das europäische Bürgertum zwar im Aufstieg begriffen war, sich jedoch durch den Adel und in zunehmendem Maße durch die unteren Schichten gefährdet fühlte.

Außerdem sollte man folgende kulturelle Interessenverlagerung beachten: In früheren Jahrhunderten und in den meisten außereuropäischen Kulturen war man mehr an den Ritualen *vor* dem Begräbnis und an der Leiche und deren tatsächlicher und imaginierter Veränderung interessiert. Dieses Interesse verlagerte sich und konzentrierte sich auf das Familiengrab und dessen überdauernde Gestaltung. Diese Verschiebung deutet auf eine Säkularisierung des Todesbewußtseins. Im Gegensatz zu anderen Kulturen und Epochen wurde die Grabgestaltung nicht mehr mit einer bestimmten 'Karriere' des Toten im Jenseits in Verbindung gebracht. Ihre antizipatorischen Aspekte bezogen sich auf die (noch) lebenden Familienmitglieder, deren gesellschaftliches Ansehen durch ein schönes Grabmal gefördert wurde. (28)

Daraus ist auch der 'Niedergang' dieser Sepulkralkultur des 19. Jahrhunderts in neuerer Zeit zu erklären: Für das gesellschaftliche Ansehen einer Familie wird die Grabgestaltung immer unwichtiger. Die Individualisierung, die Mobilität und die Verfügbarkeit vieler Statusmehrunsalternativen läßt diese veraltete Möglichkeit peripher werden. Auch ist die heutige bürgerliche Familie 'kurzlebiger' geworden (obwohl die Mitglieder der Familie länger leben!), so daß der ökonomische Aufwand für pompöse Grabstätten zum "Ertrag" in keinem günstigen Verhältnis mehr steht. (29)

Davies (1996) vergleicht die amerikanische Präferenz für Einbalsamierung mit der britischen für Einäscherung und meint, daß Konformität, ein glänzendes Aussehen, Sauberkeit, Abscheu

vor animalischen Gerüchen, Optimismus und Nationalstolz die Einbalsamierung stützen, während in Großbritannien zwar auch der Sauberkeits- und Anti-Animalitäts-Aspekt bedeutsam sei, jedoch Konformität und perfekte körperliche Selbstdarstellung von untergeordneter Bedeutung seien. Jupp (1993, 194) weist auf die bedeutsame Tatsache hin, daß die Church of England immer offiziell gelehrt habe, daß die Art der Bestattung für das jenseitige Schicksal des Verstorbenen irrelevant sei.

Die moderne Bestattung wird in Deutschland durch die Professionalisierung und Bürokratisierung (kommunale Friedhofsverwaltungen) bestimmt. Die Bestatter und Bestatterinnen besitzen Definitionsmacht, sie vermitteln den häufig verunsicherten Hinterbliebenen ein Totenbild: Die Toten haben weiterhin Bedürfnisse. "Die Toten wollen neben ihrem/ihrer PartnerIn bestattet werden, möchten in einem Sarg liegen, der erst nach vielen Jahren vermodert, möchten bekleidet sein mit einem schönen Gewand, freuen sich über Blumen und Kränze usw." (Nölle 1997, 129)

Die Bereitschaft, einen hohen Aufwand für Bestattung zu treiben, wird in Zukunft weiter abnehmen. Die Hinterbliebenen werden eher schlichte und preisgünstige Bestattungen nachfragen, da sie schon antizipatorische Trauerarbeit für die immer älter werdenden Angehörigen geleistet haben. Auch wird in Zukunft ein größerer Prozentsatz der Verstorbenen keine nahestehenden Verwandten haben. "An die Stelle des Grabes können vermehrt alternative Formen der Vergegenständlichung von Erinnerung an Verstorbene treten: die Fotografie, das Videoband oder andere Medien, die im privaten Bereich aufbewahrt werden." (130) (30)

Beispiel für eine moderne Untersuchung regionaler urbaner Todesbräuche

Prior (1989) untersuchte Todesvorstellungen und -bräuche in *Belfast*. Diese Stadt ist gekennzeichnet durch eine Form von Apartheid, die auch das Sterben und den Tod betrifft. Die britisch orientierte protestantische Bevölkerung steht der irisch-republikanisch orientierten katholischen Bevölkerung gegenüber. Beide Bevölkerungsgruppen haben ihre eigenen Friedhöfe, ihre eigenen Bestattungsunternehmen, ihre eigenen Zeitungen, in denen die Todesanzeigen erscheinen, usw.

Protestanten definieren in ihren Todesanzeigen in stärkerem Maße den Tod als privates Ereignis und beziehen sich wenig auf öffentliche soziale Netzwerke. Dagegen ist in der irisch-katholischen Kultur der Tod noch stärker im öffentlichen Feld verankert.

In der Zeitung der Katholiken, Irish-News, ist der Ausdruck "privat" in der Regel nicht anzutreffen, dagegen in der protestantischen Presse. In der katholischen Presse sind religiös orientierte Todesanzeigen in viel stärkerem Maße zu finden als in der protestantischen Presse. In den protestantischen Zeitungen wird der Glaube an persönliche Erlösung und die Trennung von Körper und Seele betont. Das Leben nach dem Tod wird als friedlich und ruhig beschrieben. Eine theozentrische und nicht so sehr eine christozentrische Orientierung kennzeichnet die protestantischen Todesanzeigen. Dagegen sind die katholischen Todesanzeigen in Belfast stärker von der traditionellen vorreformatorischen europäischen Kultur geprägt: Heilige werden erwähnt, die Mutter Gottes und auch das Fegefeuer. Außerdem wird Jesus Christus direkt oder indirekt häufiger genannt, und zwar sowohl als Retter als auch als Richter. Auch sind aufgrund der speziellen Minderheitenlage politische Stellungnahmen bei den irischen Katholiken in den Todesanzeigen häufiger anzutreffen als bei den Protestanten.

Welche Toten werden nicht in den Zeitungsanzeigen genannt? Vor allem handelt es sich um totgeborene oder aufgrund von Behinderung früh gestorbene Kinder, aber auch um Erwachsene, denen von vielen kein voller Personenstatus zugeschrieben wird, z.B. geistig Behinderte. Ferner werden Suizidanten, Ortsfremde und Außenseiter kaum in den Todesanzeigen genannt. Es zeigt sich also, daß nicht im vollen Sinne sozial anerkannte Personen auch kaum eine Chance haben, nach ihrem physischen Tode noch öffentlich zu erscheinen, etwa in Todesanzeigen.

Männer werden in Todesanzeigen häufiger genannt als Frauen und jüngere Personen (unter 60 Jahren) häufiger als alte Personen. Geschlechtsunterschiede sind auch beim Begräbnis festzustellen. Männer tragen den Sarg und nach wie vor weinen Frauen häufiger als Männer in der Öffentlichkeit. Die Frauen organisieren das Essen nach dem Begräbnis.

Ein weiterer Unterschied zwischen den Katholiken und Protestanten in Belfast zeigt sich in der Behandlung der Leiche. Während die katholische Leiche kaum in spezieller Weise behandelt und hergerichtet wird, ist bei den Protestanten häufig eine Form von kosmetischer und sonstiger Behandlung üblich. Angestrebt wird bei Protestanten eine lebensähnliche Darstellung, so daß die Leiche als schlafender Mensch erscheint. Sowohl bei Protestanten als auch Katholiken in Belfast ist nach wie vor das Betrachten der Leiche üblich. Auch ein Leichenzug durch die Straßen ist häufig anzutreffen. (32)

Verneinung und Verdrängung des Todes

Daß »der Tod« in der modernen Gesellschaft verdrängt wird, ein Tabuthema darstellt oder verneint wird, ist scheinbar eine Binsenweisheit und wurde auch von vielen Autoritäten verkündet. In der angelsächsischen Literatur wird fast immer auf Gorer (1955) verwiesen, der den Tod als das moderne Tabuthema bezeichnet, das die Sexualität, das Tabuthema des 19. Jahrhunderts, abgelöst habe. (33)

Freud, einer unserer Meistererzähler, schrieb zu Beginn des Ersten Weltkrieges:

"Der Mensch konnte den Tod nicht mehr von sich fernhalten, da er ihn in dem Schmerz um den Verstorbenen verkostet hatte, aber er wollte ihn doch nicht zugestehen, da er sich selbst nicht tot vorstellen konnte. So ließ er sich auf Kompromisse ein, gab den Tod auch für sich zu, bestritt ihm aber die Bedeutung der Lebensvernichtung, wofür ihm beim Tode des Feindes jedes Motiv gefehlt hatte. An der Leiche der geliebten Person ersann er die Geister, und sein Schuldbewußtsein ob der Befriedigung, die der Trauer beigemischt war, bewirkte, daß diese erstgeschaffenen Geister böse Dämonen wurden, vor denen man sich ängstigen mußte. Die (physischen) Veränderungen des Todes legten ihm die Zerlegung des Individuums in einen Leib und in eine - ursprünglich mehrere - Seelen nahe; in solcher Weise ging sein Gedankengang dem Zersetzungsprozeß, den der Tod einleitet, parallel. Die fortdauernde Erinnerung an den Verstorbenen wurde die Grundlage der Annahme anderer Existenzformen, gab ihm die Idee eines Fortlebens nach dem anscheinenden Tode.... So frühzeitig hat die Verleugnung des Todes, die wir als konventionell-kulturell bezeichnet haben .. ihren Anfang genommen." (Freud (1915) 1986, 54 f)

Man sieht: Die Verleugnung des Todes ist nach Freud eine anthropologische Konstante und ist sogar primär in traditionellen Kulturen anzutreffen.

Um die Angelegenheit pragmatisch und nicht mystifizierend zu behandeln, sollen die wichtigsten Gründe, die zur Stützung der Verdrängungsthese vorgetragen wurden, in Kürze referiert werden:

Privatisierung und Isolierung: In traditionellen, agrarischen Gruppen war das Sterben eines Mitglieds eine öffentliche Angelegenheit (es gab keine Privatsphäre im modernen Sinn!), um die sich alle kümmerten, die den Toten gekannt hatten. Die moderne Familie oder Primärgruppe umfaßt nur wenige Menschen. Wenn einer stirbt, ist dies in der Regel eine Katastrophe, jedoch nur für die anderen Familienmitglieder.

Bei Todesfällen legt die Gesellschaft in der Regel "keine Pause mehr ein". "Das Leben der Großstadt wirkt so, als ob niemand mehr stürbe." (Ariès 1982, 716) Begräbnisse und Trauerriten verkümmern, verlieren ihre öffentliche, gesellschaftliche Relevanz.

Erfahrungsmangel, Vermeidungsverhalten und Aussonderung Die Lebensdauer hat sich verlängert, so daß das Sterben von Bezugspersonen selten und meist erst im

Erwachsenenalter erlebt wird. Es entsteht ein Erfahrungsdefizit, das im Ernstfall einer notwendigen Hilfeleistung für Sterbende oft zur Hilflosigkeit und Abwendung führt.

Für viele Menschen ist der Umgang mit Sterbenden, Toten und Trauernden ungewohnt, peinlich, unschicklich, generell unerwünscht. Kinder werden von Sterbenden und teilweise auch von Begräbnissen ferngehalten.

Es handelt sich um einen "Vermeidungskreislauf": Sterbende und Tote werden ausgesondert und durch professionelles Personal behandelt, somit haben Bezugspersonen wenig Todesumgang, dies führt wieder zu den entsprechenden Haltungen aufgrund des Erfahrungsmangels, usw.

Bürokratisierung, Entpersönlichung und Entfremdung: Heute wird immer mehr in bürokratischen Organisationen, vor allem in Krankenhäusern, gestorben. Der Sterbende wird aus seiner primären Umwelt herausgerissen. Damit wird übrigens die Privatisierung aufgebrochen. Der Sterbende wird zu einem öffentlichen Objekt, doch gleichzeitig wird die Öffentlichkeit ferngehalten, also eine paradoxe Situation.¹⁰

Die Medikalisierung und Technisierung im Umgang mit Sterbenden führt zur Entpersönlichung.¹¹

Kommunikationshemmung und Selbstwertgefährdung: Kommunikationsprobleme sind nicht nur im Umgang mit Sterbenden festzustellen, sondern der Gedanke an das eigene Sterben ist wohl den meisten Menschen unangenehm (Vgl. Fuchs 1979, 105 ff). Nach Experimenten von Ochsmann (1992, 1996) und anderen führt das Bewußtwerden der eigenen Sterblichkeit zu verstärkten Strafreaktionen auf die Verletzung moralischer Standards, zu Abwertung und Distanzierung von abweichenden Personen und zu Fremdenfeindlichkeit. Der Selbstwertgefährdung durch die Erinnerung an den eigenen in Zukunft zu erwartenden Tod wird durch Bejahung des kulturellen Weltbildes mittels dieser Abwehrreaktionen entgegengetreten.

Partikularisierung des Todes: Da im Gegensatz zu früheren Jahrhunderten hauptsächlich sehr alte Menschen sterben, wird der Tod zum Problem nur für die Minderheit der alten Menschen erklärt.

¹⁰ Eine Reprivatisierung wird durch ambulante Betreuung betrieben, aber auch in stationären Hospizen und manchen Krankenhäusern wird eine private Sphäre hergestellt oder simuliert.

Säkulare Unsterblichkeitshoffnung: Der medizinische und technische Fortschritt nährt die Hoffnung auf ständige Lebensverlängerung, wodurch sich das Denken vom unvermeidlichen Tod abwendet.¹²

Doch die Verdrängungsthese, die sich in den fünfziger und sechziger Jahren gleichzeitig mit der Ausweitung des Schrifttums über das Sterben verbreitete, wurde auch von einzelnen Sozialwissenschaftlern kritisch unter die Lupe genommen. (35)

Parsons wählte als Einstieg die *These von der Verdrängung* des Todes, ausgehend von den Behauptungen von Berger und Lieban (1960), daß in modernen Industriegesellschaften der Tod 'verleugnet', 'verdrängt' oder 'verborgen' würde. Kritisiert wurden von den Verdrängungstheoretikern vor allem die US-Amerikaner, die - anscheinend - vor der 'harten Realität des Todes' zurückscheuen, was durch die kosmetische Zurichtung der Leichen und die ästhetisierende, alle Scheußlichkeit des Sterbens und der Verwesung verbergende Begräbnisgestaltung 'bewiesen' wird.

Parsons und Lidz (1967) begründen in ihrem Aufsatz im Gegenzug zur kulturkritischen Haltung eine alternative Ansicht, nämlich daß die amerikanische Gesellschaft eine stabile, dem sozialen Wandel angepaßte Todesorientierung institutionalisiert habe, die nicht eine 'Verleugnung' sondern eine Weise der Akzeptanz darstelle, die dem zentralen kulturellen Muster des *instrumentellen Aktivismus* angepaßt sei, also einer aktiven wissenschaftlich gesteuerten Kontrolle über die physische oder natürliche Umwelt, die sich vor allem im erfolgreichen Kampf gegen den vorzeitigen Tod und in der Senkung der Kindersterblichkeit zeige. (Feldmann 1995a)

Bezüglich des historischen Beginns der angeblichen Verdrängung gibt es sehr unterschiedliche Angaben. Gorer, wie gesagt, gibt den Ersten Weltkrieg, als Start an, während die englische Historikerin Leaney (1989) den Anfang des 19. Jahrhunderts vorschlägt.

Eine weitere freilich weniger diskutierte Frage bezieht sich auf das mögliche Ende der Verdrängungsepoche. Manche meinen, sie hätte erst nach dem Zweiten Weltkrieg ihren Höhepunkt erreicht. Andere weisen darauf hin, daß sie schon seit den 60er Jahren schrittweise durch eine Periode der Offenheit gegenüber dem Tod abgelöst werde (z.B. Parsons/ Fox und Lidz 1973).

Wie so häufig gibt es viele Spekulationen, doch wenige empirische Untersuchungen.

Wouters (1990) hat niederländische medizinische Lehrbücher und Zeitschriftenartikel von 1930 bis in die achtziger Jahre analysiert und festgestellt, daß drei Phasen unterschieden werden können:

1930 - 1955: Die Phase des Verschweigens und Verschleierns des Sterbens und des Todes.

1955 - 1965 Eine Übergangsphase, in der erste Ansätze einer akzeptierenden Thematisierung von Emotionen, die Sterben und Tod betreffen, festzustellen sind.

¹¹ Radikalere Formen der Entpersönlichung ergeben sich durch spezifische Krankheiten, z.B. Demenz.

¹² Dies ist eine schwer prüfbare These. Es könnte auch sein, dass die immer mehr vorgezogenen Gesundheits- und Lebensverlängerungsstrategien (in Zukunft vielleicht schon bei der genetischen Manipulation vor der „Empfängnis“) zu einem neuen Bewusstsein von Sterben und Tod führen.

Ab 1970 eine sich verstärkende Zunahme vieldimensionaler Diskussionen zu dem Thema. (36)

Daß die Riten in Europa und in der westlichen Kultur in den letzten drei Jahrhunderten sich gewandelt haben, ist ebenfalls unumstritten, wobei Ausdrücke wie Erosion, Zerstörung und Verlust freilich auf eine allgemeine Verminderung des Ritualapparats hindeuten. Doch die modernen medizinischen, rechtlichen und anderen Verfahren der Behandlung von Sterbenden, Toten und Trauernden können entweder als neue Rituale oder als Ritualersatz aufgefaßt werden.¹³

Für Elias (1982) werden "alle elementaren, animalischen Aspekte des menschlichen Lebens... differenzierter als zuvor von gesellschaftlichen Regeln und ... von Gewissensregeln eingehegt ... und ... hinter die Kulissen des gesellschaftlichen Lebens verlagert ..." (22).

"Für die Sterbenden selbst bedeutet dies, daß auch sie in höherem Maße hinter die Kulissen verlagert, also isoliert werden." (22)

Die Affektkontrolle, die Elias hier anspricht, ist in vielen Kulturen durch eine Einbindung des Umgangs mit Sterbenden und Toten in Rituale durchgeführt worden. Der Grad der Individualisierung und Bürokratisierung in modernen Gesellschaften ist allerdings einmalig in der Geschichte der menschlichen Kulturen. (37)

Verdrängung und Verneinung werden unmittelbar als moralisch oder ethisch negativ eingeordnet oder sogar als Zeichen des Kulturverfalls angesehen. Doch Verdrängung kann positive Aufgaben erfüllen.

Die Belastung der Frauen mit Trauerritualen im 19. und 20. Jahrhundert sollte nicht unterschätzt werden (Vgl. Morley 1971).

Ein Bericht, der sich auf ein ländliches Gebiet in den vierziger Jahren unseres Jahrhunderts bezieht: "Ich erinnere mich nicht mehr, ob zuerst meine Großmutter oder mein Großvater starb. Ich weiß nur noch, daß meine Mutter immer schwarze Kleidung trug seit der ersten Todesnachricht. Als nach ein paar Jahren auch die zweite eintraf, hatte sie sie noch nicht abgelegt. Jetzt mußte sie die Trauerkleider noch länger tragen." (Wimmer 1978, 41)

Es handelte sich nach Mulkay und Ernst (1991) um eine Art sozialen Todes auf Zeit. Die Zerstörung dieser Rituale und Erwartungsstrukturen war für die Emanzipation bürgerlicher Frauen vorteilhaft.

¹³ Da die meisten Menschen in traditionellen Kulturen „zu früh“ starben, mussten die Übergangsrituale nach dem physischen Tod stattfinden. Heute sterben die meisten „rechtzeitig“ oder „zu spät“, so dass die Übergangsrituale bei Eintritt des physischen Todes in der Regel bereits abgeschlossen sind. In modernen Gesellschaften handelt es sich auch nicht mehr um einen Übergang in ein Jenseits, sondern meist um einen Übergang von der physischen, psychischen und sozialen Existenz in die Nicht-Existenz oder in eine „Schattenexistenz“.

Außerdem sind schichtspezifische und regionale Unterschiede in die Betrachtung einzubeziehen. Traditionell orientierte Unterschichten akzeptierten und akzeptieren viele Todesrituale, während ein Teil der urbanen Mittelschichten sich von ihnen bereits abwandte. Ferner muß die Differenzierung der gesellschaftlichen Ebenen berücksichtigt werden. Auf der Ebene der Gesamtgesellschaft, bzw. des Staates, ist der normale Tod einzelner ein unbedeutendes routinemäßig zu bearbeitendes Problem. Dies ergibt sich vor allem aufgrund folgender Faktoren (vgl. Blauner 1966):

- absolute Größe der Gesellschaft, bzw. des Staates,
 - funktionierende Todeskontrolle, d.h. langfristig vorherzusagende Sterbequoten und
 - Dominanz des Sterbens im hohen Alter und damit außerhalb zentraler Rollen und Positionen.
- Getrennt von der problemlosen Verarbeitung der jährlich anfallenden hunderttausenden von Toten in den großen Industriestaaten müssen die Wirkungen des individuellen Todesfalles bei den Bezugspersonen bzw. in den betroffenen Familien gesehen werden. Vor allem wenn es sich innerhalb von Zweier- oder Dreiergruppen um ein Mitglied handelt, wird die Primärgruppe dadurch schwer erschüttert und in manchen Fällen zerstört. (38)

Die betroffenen Bezugspersonen erfahren oft eine emotional zusätzlich belastende Diskrepanz zwischen der gesellschaftlichen Reaktion (peripheres Ereignis) und ihren mikrostrukturellen Problemen (eine Katastrophe). Dies kann auch als massive Aufforderung zur "Verdrängung" der eigenen Emotionen und sozialen Restrukturierungsprobleme erlebt werden.

Zuletzt seien noch einige Argumente für die *Gegenthese* angeführt, daß *Tod und Sterben realitätsgerechter betrachtet werden als in früheren Zeiten und produktiv kulturell einbezogen werden.*

Generalthese: Wir leben nicht im Zeitalter der Verdrängung des Todes, sondern der Kontrolle, ja des erfolgreichen Kampfes gegen Sterben und Tod. Die ständig sich wiederholenden Verdrängungsklagen sind also auf ihre sozialen und psychischen Funktionen hin zu prüfen, z.B. auf Durchsetzung von Gruppeinideologien von Religionsgemeinschaften, ins Allgemeine gewendete persönliche Todesängste oder Ressentiments statusgefährdeter Gruppen.

Doch es gibt nicht nur wissenssoziologische und ideologiekritische Argumente.

Sieg über den frühzeitigen Tod: Wenn die Menschen moderner Gesellschaften nicht ein realitätsgerechtes Todesbewußtsein hätten, dann würde es ihnen kaum gelingen, den Tod so gut zu kontrollieren. Daß sie Weltmeister in der Todeskontrolle sind, wird von niemandem bestritten.

Lebenslange Überlebenskontrolle: Menschen üben vermehrt Selbstkontrolle (Gesundheitsbewußtsein, Risikoabschätzung), um ihr Todesrisiko zu verringern, sind also weniger fatalistisch eingestellt, als Menschen in traditionellen Kulturen. Die Menschen denken an den Tod und sorgen vor: Lebens- und Unfallversicherungen etc.

Normalisierung der Todesvorstellung: Der "normale" Tod im hohen Alter wird von den meisten Menschen als natürliches, nicht-tragisches Ereignis angesehen (Riley 1983).

Nüchternheit: Das Interesse an pompösen Begräbnissen oder aufwendigem Totenkult hat abgenommen, weil der Tod als natürliches Ende angesehen wird und viele Menschen sich keinen Illusionen hingeben. (39)

Individualisierte Sinnfindung: Daß den Menschen die Sinnfrage nicht mehr durch die Kultur abgenommen wird, führt zwar zu Verunsicherung, aber andererseits auch zur Emanzipation und zur Chance der individuellen Gestaltung des eigenen Todes. Es wird kein kollektiver Sinnzwang mehr ausgeübt, wie es für traditionelle Kulturen typisch war.

Selbststeuerung: Mehr Menschen als früher sind fähig, selbst zu entscheiden, wann sie ihr Leben beenden wollen: höhere Selbstmordraten.¹⁴

Öffentlicher Diskurs: Entscheidungen, in denen es um Leben oder Tod geht, (Organtransplantationen, Euthanasie, Abtreibung) werden offener und mit mehr Berücksichtigung der Menschenrechte diskutiert, als es in früheren Zeiten der Fall war.

Die Konflikte und sozialen Probleme, die sich in vielen Todesbereichen zeigen (z.B. Sterben im Krankenhaus, Euthanasie, Selbstmord, Krieg), sind ein Beweis für die starke Beschäftigung mit dem Thema und für die Bereitschaft zu Innovationen.

Einstellungen zum Krieg: Der massenhafte Widerstand gegen das Töten im Krieg bei der jungen Generation in vielen Industriestaaten ist Zeichen einer intensiven Todesbewußtheit und einer Wertschätzung des Lebens.

Trauer: Menschen, die nahe Bezugspersonen verloren haben, sind meist von tiefer Trauer erfüllt. Die moderne Familie ist durch Emotionalisierung gekennzeichnet, so daß Eltern in der Regel über den Verlust von Kindern heute viel intensiver trauern als in früheren Zeiten.

¹⁴ Viele Suizidologen und Psychiater würden die These ablehnen, da sie der Meinung sind, dass die Entscheidungsreiheit der überwiegenden Mehrzahl der Suizidenten stark eingeschränkt ist.

Positive Verdrängung: Untersuchungen an Schwerkranken haben gezeigt, daß bei einem Teil der Fälle eine gewisse "Verdrängung" oder ein Ignorieren der Todesgewißheit positive Konsequenzen haben kann (Lit. bei Rando 1987, 44; Howe 1987)

Ahnenschau: Das Interesse an vergangenen Kulturen und an der Geschichte war noch nie so hoch entwickelt wie heute. Es hat das ethnozentrische und provinzielle Todesbewußtsein traditioneller Kulturen abgelöst.

Bilder des Todes: Zwar wird die Ikonographie auf Friedhöfen immer unwichtiger, doch die Darstellung in den Massenmedien "kompensiert" diesen Mangel. In den Massenmedien, den modernen kulturellen Foren, gewinnt die Todesdarstellung öffentliche Bedeutung, sie bleibt nicht im enger werdenden Privatbereich hängen.

Emanzipation der Lebenden von der Abhängigkeit von den Toten:

Coppet (1981) hat anhand einer Analyse der Todesrituale einer melanesischen Stammesgesellschaft folgende Prinzipien des traditionellen kulturellen Umgangs mit dem Tod und den Toten herausgefunden:

1. Die Existenz eines (manchmal unsichtbaren) Ortes, der außerhalb der Territorien der beteiligten Gruppen gelegen ist und in dem eine hierarchische Wertordnung festgelegt ist.
2. Von diesem Ort gehen Transformationsketten aus, die nach festgelegten Regeln zur Erhaltung und Erneuerung der Gemeinschaft dienen. (40)
3. Diese "unendlichen" Ketten werden von den Lebenden in Gehorsam gegenüber der normativen Ordnung weitergeführt, wodurch sie sich unter die Herrschaft der Toten begeben (vgl. auch Fuchs-Heinritz 1995).

Diese interessante Interpretation läßt vermuten, daß die Aufklärung, Modernisierung und Säkularisierung zu einer Emanzipation der Lebenden von den Toten geführt hat, die entmachtet wurden. Die Ketten sind teilweise gerissen. Damit ergibt sich jedoch zwangsläufig eine Verkümmern der Toten- und Begräbnisrituale.

Nüchternes praxisorientiertes Fazit: Gravierende Todesprobleme und -ängste ergeben sich in einer modernen Gesellschaft primär für Individuen und Primärgruppen. Verdrängungen sind dort zu diagnostizieren. Auch die Heil- oder Präventionsmaßnahmen setzen dort an (Hospiz, death education, Selbstmordverhütung).

Individualisierung, psychisches Leben und Sterben

Mit Individualisierung ist ein historischer und kultureller Prozeß gemeint, der vor allem in der abendländischen Kultur verankert ist.

Individualität und Tod sind verkoppelt. "In seinem Aufsatz von 1963 hat Ch. von Ferber" den Simmel'schen Gedanken eines individuellen Daseins, das nicht in den gesellschaftlichen Vernetzungen und Normierungen aufgeht, "verändert aufgenommen: Der Tod als außergesellschaftliche Macht kann als Ressource des Individuums fungieren, um sich gegen die totale gesellschaftliche Integration wehren zu können." (Feldmann/Fuchs-Heinritz 1995b, 10)

Manche Autoren sehen Wurzeln der modernen Individualisierung in den Erfahrungen des Zusammenbruchs von Gesellschaften durch Krieg, Seuchen, Versklavung und andere Faktoren, die Gemeinschaften und grundlegende Strukturen im Laufe der Geschichte zerstörten (Ariès; Ziegler 1969; Patterson 1982). Lifton (1967, 44 ff) konnte ähnliche Individualisierungsprozesse bei den Überlebenden des Atomangriffs auf Hiroshima feststellen.

Wenn das Kollektiv zusammenbricht, dann zieht es sich in das Individuum zurück, könnte man als These behaupten. Individualisierung wäre gemäß diesen Annahmen ein Schutzmechanismus für die Überlebenden bei schockartigen Zusammenbrüchen sozialer Strukturen. Damit hätte Individualisierung sowohl für das Überleben der einzelnen als auch für die Wiedererrichtung neuer sozialer Strukturen durch die Überlebenden eine Funktion. (41) Aufgrund immer wiederkehrenden Auftretens solcher Prozesse könnte sich in bestimmten Primärgruppen die Sozialisation geändert haben und somit könnte sich der Individualismus als Habitusdimension, vorerst regional und schicht- oder klassenspezifisch, jedoch infolge ihrer erfolgreichen Verbindung mit Industrialisierung und Modernisierung schließlich universal durchgesetzt haben.

Diese Erklärung der Entstehung des Individualismus ist jedoch anzuzweifeln, da derartige strukturelle Zusammenbrüche so häufig in der Geschichte verschiedenster Kulturen auftraten, daß auch die Individualisierung viel früher und häufiger hätte entstehen müssen. Es sollten also andere Faktoren zumindest zusätzlich berücksichtigt werden.

Eine andere Erklärung setzt bei der historisch einmaligen Konstellation des Zusammentreffens von kulturellen Strömungen in Europa an, in denen bereits die Grundlagen

für Individualisierung, Rationalisierung, Verwissenschaftlichung und Bürokratisierung angelegt waren.

Die jahrhundertelange Konkurrenz von komplexen Kollektiven und kulturellen Gebilden in Europa, die sich weder vernichten noch aufsaugen noch dauerhaft hierarchisch ordnen konnten, hat zur Entdeckung und Förderung des kreativen Potentials von Individuen einen bedeutsamen Beitrag geleistet und so die bisher erfolgreichste Kulturentwicklung in Gang gesetzt (Weede 1988). Hier liegt auch eine durchaus prekäre historische Schnittstelle von Individualität/Humanität und Tod: Das Mißlingen einer Großreichbildung in Europa hat zu dauernden kriegerischen Verwicklungen und einer entsprechenden Virtuosität des Tötens beigetragen (vgl. Joas 1996).

In der Neuzeit war der Protestantismus eine bedeutsame Quelle der Individualisierung. Doch sie war im Christentum prinzipiell angelegt und manifestierte sich auch traditionell in religiösen, todesbezogenen Ritualen: Beichte, Leichenpredigten, Testamenten und Grabinschriften (vgl. Fuchs 1985b). Doch entscheidend war wohl das Zusammenspiel von Religion, Ökonomie (Kapitalismus) und Staatenbildung.

Für die erstarkenden staatlichen Gebilde waren Individuen leichter lenkbar als Familien, Clans, Sippen und Kleinkollektive. Die vielfältigen Kollektive in Europa wurden schrittweise entmachtet, übrig blieben die Individuen: soziale Atomspaltung. Die Individuen konnten sich von den Kleinkollektiven, an die sie früher stark gebunden waren, emanzipieren, gerieten aber gleichzeitig verstärkt unter die Herrschaft von Großkollektiven, Staaten, teilweise auch Religionsgemeinschaften, und neuen ökonomischen Organisationen. Die historische Dynamik ergab sich aufgrund der Konkurrenz zwischen ökonomischen Organisationen und den Staaten. Die Problemlösung "Individualisierung" war - selbstverständlich nur in Kombination mit diesen politischen und wirtschaftlichen Faktoren, - sehr erfolgreich.

Wichtig war für die Individuen, z.B. die Personen, die aus ländlichen Gebieten in die Städte strömten, daß sie überlebten, während ihre Gemeinschaften "starben", nicht unbedingt faktisch, doch jedenfalls "in ihnen". (42)

Die Herstellung moderner Individuen ist ein aufwendiges Unternehmen: langwieriger Sozialisations- und Erziehungsprozeß, Entlastung von unproduktiven Tätigkeiten, immerwährendes Konkurrenz- und Statustraining. Da die Individuen in diesem Prozeß stark beansprucht werden, müssen Hilfsdienste aufgebaut werden: Medizin, Sozialstaat, psychosoziale Maßnahmen etc. Die "weiche" Selektion der Individuen findet primär nach

Leistungskriterien statt. Allerdings gibt es nach wie vor auch eine "harte" gesellschaftliche und "natürliche" Selektion, der "frühzeitige" physische oder soziale Tod (Selbstmord, Unfall, Krankheit, Krieg, Mord, Gefängnis, psychiatrische Anstalt etc.); er trifft zwar nur eine Minderheit, doch er wird von allen gefürchtet, der Gedanke an ihn diszipliniert. Doch die überwiegende Mehrzahl der Staatsbürger muß die Gewißheit haben, daß der frühzeitige Tod vom Staat und anderen signifikanten gesellschaftlichen Ordnungsinstanzen permanent bekämpft und zurückgedrängt wird. Sie benötigen diese Sicherheit (vor allem vor unberechenbarer Gewaltanwendung), um nicht Rückfälle zu erleiden, in Gruppendenken, Clanwirtschaft und Abbau der Tötungshemmungen.

Individualisierung ist mit psychischen Kosten verbunden, die vielen "kleinen Tode" müssen verkraftet werden. Der Wandel der Identität eines durchschnittlichen Bürgers einer modernen Gesellschaft wäre für einen mittelalterlichen Menschen wahrscheinlich erschütternd gewesen. Doch da diese Brüche in unserer Gesellschaft 'normal' sind, werden sie akzeptiert, obwohl man sie auch als mehrfaches psychisches Sterben des Individuums begreifen kann und viele auch professionelle "Übergangshilfe" (z.B. bei Verlust des Arbeitsplatzes oder bei Scheidung) benötigen. (43)

Häufig wird von Autoren die 'Diffusion' der Identität und der 'Realitätsverlust' beklagt.

Hahn (1968, 68) beschreibt den modernen Menschen folgendermaßen:

"Vergangenheit und Zukunft verlieren weitestgehend ihren sozialen Ort und werden damit individuell fungibel und - was die Intensität ihrer Gewißheit anbetrifft - häufig von nur flüchtiger und kaum noch betreffender Realität. Mit der Zukunft scheidet auch der eigene Tod als verbindlicher Aspekt der eigenen Identität aus."

Diese These widerspricht allerdings empirischen Untersuchungen, die bei den meisten Menschen eine durchaus realistische Einschätzung ihres eigenen Sterbens aufweisen. (Vgl. Riley 1983; Kellehear 1990a)

Auch verfügen die modernen gebildeten Menschen über eine nüchterne, naturwissenschaftlich orientierte Zeitvorstellung. Sie haben eine statistisch festgelegte Lebenserwartung und einen staatlich abgesicherten Lebenslauf. Ihre soziale Identität ist damit gut strukturiert auch im Vergleich mit traditionellen Gesellschaften.

Durch die Individualisierung und Säkularisierung ist die Lebenslaufperspektive verändert worden: In traditionellen Gesellschaften wirkte die Einordnung des individuellen Lebens in das Leben des Kollektivs und seine potentielle Unsterblichkeit für das Individuum entlastend. Die Gewißheit, auch bei einem 'frühzeitigen' Tod am Leben des Kollektivs (der Toten) weiter

teilzuhaben, relativierte das individuelle Erfolgs- und Mißerfolgsdenken. Dagegen werden die meisten Menschen in den Industriegesellschaften durch die Zwangsvorstellung der 'sich ständig steigernden Leistung' bestimmt. Damit ist der Tod immer verfrüht, da ja weitere Steigerungen immer möglich sind - einen ähnlichen Gedanken hat schon Max Weber geäußert.¹⁵ (44)

In traditionellen oder primitiven Kulturen konnte das Normalindividuum die Kultur in ihrer 'Totalität' erfassen. In einer modernen Gesellschaft, die einem prinzipiell endlosen Fortschritt unterliegt, ist dies nicht mehr möglich. Das Individuum stirbt nach dieser Sichtweise in der modernen Gesellschaft immer 'zu früh'.

Aus diesen spekulativen Überlegungen ist jedoch keineswegs zu schließen, daß die persönlichen Gedanken und Gefühle der meisten Menschen davon betroffen sind.

Ariès versuchte an der Situation der Sterbenden eine Krise der Individualität historisch nachzuweisen; er meinte, daß der "Triumph des Individuums" schon weit zurückliege.

"Die im Hochmittelalter zweifelsfreie Entsprechung zwischen Triumph des Todes und Triumph des Individuums gibt die Frage auf, ob nicht eine ähnliche, wenn auch umgekehrte Beziehung heute zwischen der "Krise des Todes" und der Individualität besteht." (Ariès 1976, 189)

Er hat freilich nur einige erlesene Individuen des Hochmittelalters vor Augen und vergleicht diese mit den normalen sterbenden Krankenhauspatienten von heute. Außerdem hat er eine gerade für den modernen Menschen abweichende Auffassung von der Bedeutung des (physischen) Todes: "Der Tod ist der Ort, an dem man sich seiner Individualität bewußt wird." (188) Vielleicht war Individualität im Hochmittelalter ein begehrtes seltenes Gut einer Elite, während es heute in den Industriegesellschaften immer mehr zum Massenkonsumartikel wird. Der konservative französische Intellektuelle Ariès betrachtete diese moderne 'amerikanische' Individualität mit tiefem Mißtrauen.

Die meisten werden in das große Mahlwerk der Krankenhäuser oder anderer von Professionellen geleiteter Organisationen gebracht. Ein Markt mit Alternativen existiert hier vielleicht für Privilegierte, kaum für die große Mehrzahl der Menschen. Der einzelne - herausgerissen aus der Primärgruppe oder zumindest aus seiner Primärumwelt - ist den bürokratischen und professionellen Maßnahmen in der Regel völlig unterworfen.

Diese Fremdbestimmung wird antizipierend von den meisten als bedrohlich erlebt.

¹⁵ Allerdings könne diese Realitätssicht auch zu Gleichmut führen: Der Tod kann nicht erschüttern, da es keine

Viele haben Angst davor, daß sie in einen Zustand kommen könnten, in dem sie 'aus der Rolle fallen'. Zwar verfügen die meisten wohl nicht über eine detaillierte Erwartung oder gar ein 'ideales Script' bezüglich ihres Sterbens, wie es teilweise in anderen Kulturen und unter spezifischen Bedingungen (z.B. bei Märtyrern) der Fall war, doch eine Sensibilisierung für Identitätsverlust ist charakteristisch für Mitglieder der modernen Industriekulturen.¹⁶ (45)

Das anspruchsvolle gebildete moderne Selbst, eine Konstruktion der modernen Gesellschaft, gerät immer mehr in einen Kontrast zu dem defizient werdenden Instrument Körper, das von der medizinischen Reparaturindustrie bearbeitet wird. Die Angst vor dem Sterben bezieht sich vor allem auf den Kontrollverlust, d.h. den Verlust des Selbst, der Reduktion auf ein Objekt innerhalb des medizinischen Systems.

Doch der medizinische Fortschritt ermöglicht es immer häufiger, daß "reduzierte" Individuen sich selbst, d.h. ihr eigenes "Hoch-Selbst" überleben können. Die formale Identität bleibt erhalten, doch der Interaktions- und Bewußtseinskontext ist so radikal verändert bzw. zerstört, daß Bezugspersonen feststellen, daß es sich nicht mehr um die gleiche Person handelt.

Das bedeutet, das Individuum stirbt schrittweise über einen jahre- oder jahrzehntelangen Prozeß und dieser graduelle Verlust des Personkapitals reduziert den physischen Tod als letzte vom Betroffenen oft nicht mehr wahrgenommene Abbuchung vom Lebenskonto auf ein bürokratisches Ereignis.

Die Modernisierung des sozialen, psychischen und physischen Sterbens ist im Spannungsfeld der beiden komplementären Prozesse der Individualisierung und Bürokratisierung zu sehen. Zentrales Ziel ist die Kontrolle von Sterben und Tod. Die Individualisierung ist mit verstärkter Selbstkontrolle verbunden. Doch der Sterbende vermag seinen Körper nicht mehr ausreichend selbst zu kontrollieren, so daß Fremdkontrolle vermittelt über professionell und bürokratisch gesteuertes Handeln einspringen muß. Der Tote kann sich überhaupt nicht mehr kontrollieren, er wird nach festgelegten Regeln entpersonalisiert und objektiviert. (46)

diesseitige „Vollendung“, keinen vorgeschriebenen Lebenslauf mehr gibt.

¹⁶ Durch die zu erwartende Entwicklung der Institution „Patientenverfügung“ werden sich in Zukunft immer mehr Menschen differenzierte Skripte „basteln“, bzw. wird ein Skriptmarkt entstehen.

Mortalität in Industriegesellschaften

Moderne und traditionelle Gesellschaften unterscheiden sich in der Art und Wirksamkeit der Kontrolle des Todes. In modernen Gesellschaften besteht für die Mehrzahl der Menschen eine hohe Wahrscheinlichkeit, daß sie erst nach einem relativ langen Leben eines "natürlichen" Todes sterben. Der gewaltsame frühzeitige Tod wurde zurückgedrängt.

Die demographische Situation der Industriestaaten ist folglich der Beweis einer in der Geschichte bisher einmaligen Kontrolle des Todes (und des Lebens) im Rahmen einer umfassenden rationalen Lebensgestaltung.

Früher starben hauptsächlich junge Menschen, heute sterben in den Industriestaaten vor allem alte Menschen. Die durchschnittliche Lebenserwartung hat stetig zugenommen und wird in Zukunft weiter zunehmen. (Imhof 1981,1984,1988) Es ist zwar eine Obergrenze der Lebenslänge biologisch vorgegeben, doch an einer Manipulation der Grundlagen des Lebens wird wissenschaftlich gearbeitet. Durch die Gentechnik werden neue Techniken der Lebensverlängerung und Todesvermeidung geschaffen werden.

Diese bedeutsame Veränderung der Mortalität in der Bevölkerung erfolgte in den meisten Ländern Europas erst Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts aufgrund medizinischer und technischer Maßnahmen, der Verbesserung des Lebensstandards, der Betreuung der Kinder (geringere Geburtenrate!), der Ernährung, Hygiene, der Arbeitsbedingungen und anderer Faktoren. (47)

Selbstverständlich sind soziale und ökologische Faktoren miteinander verwoben, was sich vor allem in den Bereichen Ernährung und Gesundheit zeigt. Die Übernutzung von Böden, Übervölkerung oder Entvölkerung von Landstrichen durch Seuchen oder Kriege, landwirtschaftliche Techniken, die Einführung von neuen Nahrungspflanzen etc. sind Beispiele einer solchen Koppelung der beiden Faktorenbündel.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden die ersten großen Erfolge im Kampf gegen die als zu hoch empfundene Mortalität gefeiert, wobei die Versorgung mit reinem Wasser eine zentrale Rolle spielte (Goubert 1984).

Demographische Aspekte werden in allgemeinen soziologischen Theorien relativ wenig berücksichtigt. Deshalb sind die eher seltenen Beispiele soziologischer Theorien, die Mortalität einbeziehen, besonders beachtenswert.

Blauner (1966) unterscheidet zwischen Gesellschaften mit hoher und solcher mit niedriger Mortalität. Die Fundierung zentraler Werte und Normen in komplexen Verwandtschaftssystemen eignet sich für Gesellschaften mit hoher Mortalität, da trotz der ständigen Erfahrung des Verlustes von Bezugspersonen durch vorzeitigen Tod eine Einordnung der Lebenden und der Toten in ein Kollektiv gewährleistet ist. Die Einbindung der Ahnen und die Antizipation der Lebenden, daß sie auch als Tote dem sozialen System angeschlossen bleiben, schützen die Gruppe vor Normverlust und Zerfall.

Dagegen haben moderne Gesellschaften, in denen eine niedrige Mortalität erreicht wurde, Institutionen und Organisationen geschaffen, die relativ unberührt vom Tod der Individuen existieren; ihre bürokratischen Strukturen sind unpersönlich und Verwandtschaftsbezüge gelten als störend. (48)

Folgende wesentliche Aspekte der Mortalitätsveränderungen in den letzten 100 Jahren sind also festzustellen:

- Die durchschnittliche Lebenserwartung hat stetig zugenommen und wird in Zukunft weiter zunehmen.
- Vor allem die Säuglings- und Kindersterblichkeit wurde stark verringert.
- Doch nicht nur das Leben sondern auch das Sterben wurde verlängert.
- Die Todesursachen haben sich gewandelt: Noch um 1900 dominierten Infektionskrankheiten, heute Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs.

Geschlechtsspezifische Unterschiede der Mortalität

In den Industrieländern zeigt sich durchgehend eine um vier bis zehn Jahre höhere Lebenserwartung von Frauen gegenüber Männern (im Durchschnitt 6 bis 7 Jahre). Um 1900 betrug die Differenz zwei Jahre oder weniger.

Es werden sowohl genetische als auch soziale Faktoren für die Erklärung von Mortalitätsunterschieden zwischen Männern und Frauen in verschiedenen Gesellschaften herangezogen. Als Hinweise für genetisch bedingte Mortalitätsunterschiede zwischen Frauen und Männern gelten folgende Fakten:

- das X-Chromosom, das Frauen im Vergleich zu Männern haben,
- die hormonellen Unterschiede zwischen Frauen und Männern,
- die höhere Rate von angeborenen Schädigungen bei männlichen im Vergleich zu weiblichen Säuglingen,
- der im Durchschnitt schnellere Stoffwechsel bei Männern, der den Verbrauch an Energie, Luft, Wasser und Nahrung erhöht, was zur stärkeren Aufnahme von Karzinogenen und damit zu einem höheren Krebsrisiko führt.

Vielfältig sind die zur Erklärung herangezogenen sozialen Faktoren. Als Hauptfaktoren gelten folgende: Hygiene und Gesundheitsvorsorge, Arbeitsbedingungen, Rauchen, Nahrungsgewohnheiten, Übergewicht, körperliche Betätigung und Stress.

Vieles deutet darauf hin, daß die traditionellen Geschlechtsrollen zu unterschiedlichen Mortalitätschancen führen. Nach wie vor ist in der Mehrzahl der Fälle die männliche Rolle durch starke Konkurrenzhaltung, Unabhängigkeit, Bereitschaft zur Dominanz, Härte und emotionale Unempfindlichkeit gekennzeichnet. Damit erhöht sich im Durchschnitt für Männer das Todesrisiko in fast allen Gesellschaftsbereichen und Situationen. Traditionell besteht ein geschlechtsspezifischer Unterschied in den Rauchgewohnheiten, der sich in den letzten Jahrzehnten verringert hat, weil Männer weniger und Frauen mehr rauchen als früher. (49)

Frauen achten in stärkerem Maße auf die Schönheit ihres Körpers und damit auch auf ihre Nahrungsgewohnheiten. Außerdem haben Männer in vielen Berufen typisch männliche Ess- und Trinkgewohnheiten (zu hohe Anteile an Fett und Alkohol). Männer haben 30 % mehr Autounfälle als Frauen, wenn man die gefahrene Kilometerzahl konstant hält, und 130 % mehr tödliche Autounfälle.

Männer sind im Arbeitsleben gesundheitlich benachteiligt. Im Durchschnitt sind die Arbeitsbedingungen von Frauen günstiger, da sie in weniger verschmutzten, weniger gefährlichen Umwelten als Männer tätig sind.

Männer begehen häufiger "mit Erfolg" Selbstmord als Frauen, u.a. weil sie effektivere Mittel (Schußwaffen, Aufhängen etc.) verwenden. Die stärkere Leistungsmotivation von Männern dürfte auch bei diesen destruktiven Aktivitäten die Unterschiede erklären. Durkheim meinte, Integration in Gruppen sei ein zentraler Faktor zur Verhinderung von Selbstmord (und sonstigen Todesgefahren). Frauen generell und Frauen mit Kindern im besonderen sind eher

in Solidaritätsnetze und in ein Netz von Beziehungen zwischen den Generationen eingebettet, was wahrscheinlich selbstmordverhindernd wirkt.

Wesentliche Unterschiede bestehen zwischen Industriestaaten und Entwicklungsländern. Die Entwicklungsländer sind gekennzeichnet durch hohe Säuglingssterblichkeit, höhere Todesraten für Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt und hohe Kindersterblichkeit aufgrund von Infektionskrankheiten. Diese Probleme sind in den Industriestaaten weitgehend bewältigt. In den stark unterentwickelten Ländern ist bis zum dreißigsten Lebensjahr die Lebenserwartung der Frauen geringer als die der Männer. Vor allem im ersten Lebensjahr sterben viel mehr Mädchen im Vergleich zu den männlichen Kindern.

Studien in Indien und Bangladesch haben gezeigt, daß soziale und kulturelle Muster einen entscheidenden Einfluß auf die geschlechtsspezifischen Mortalitätsraten von Kindern haben. Da Söhne aus verschiedenen Gründen höher geschätzt werden als Töchter, werden im Krankheitsfall und auch in sonstigen Problemfällen ökonomische und sonstige Mittel eher für die männlichen als für die weiblichen Kinder eingesetzt, was zumindest teilweise die unterschiedlichen Sterblichkeitsraten erklärt.

Mortalität und soziale Schicht

Der wirtschaftliche Erfolg eines Staates, einer Gruppe oder eines Individuums ist der wichtigste Indikator, um die durchschnittliche Mortalität zu bestimmen. (50) Auch in modernen Industriegesellschaften übt die soziale Schicht- oder Klassenzugehörigkeit auf die Lebenserwartung und die Lebens- und Sterbequalität einen entscheidenden Einfluß aus. (Vgl. Goldscheider 1984; Schmied 1985, 26 f)¹⁷

Der Beruf hat einen bedeutsamen Einfluß auf die Lebenslänge und die Sterbequalität. Akademiker leben länger als Arbeiter - und verfügen zusätzlich über eine höhere Lebensqualität. Doch nicht nur die Lebenslänge, sondern auch das soziale und psychische Sterben werden von der sozialen Schicht wesentlich bestimmt. Leistungssportler oder Mannequins sterben sozial früher als Wissenschaftler oder Künstler. Vergleiche zwischen

¹⁷ Vgl. Lauterbach, Karl (2007): Der Zweiklassenstaat, Berlin; Bauer, Ullrich / Bittlingmayer, Uwe H. / Richter, Matthias (Hrsg.) (2007): Health inequalities. Wiesbaden.

verschiedenen sozialen Schichten in Großbritannien zeigen, daß die klassenspezifischen Mortalitätsunterschiede seit den dreißiger Jahren dieses Jahrhunderts zugenommen haben: es ergibt sich ein Durchschnittsunterschied der Lebensdauer von sieben Jahren zwischen der untersten und der obersten Schicht. (Wilkinson 1986)

Ein Grund für die Verstärkung der Mortalitätsdifferenz zwischen Unter- und Oberschicht seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges liegt in den sich schichtspezifisch differenzierenden Ernährungs- und Konsumgewohnheiten. Während ernährungsbedingte Herzkrankheiten vor dem Zweiten Weltkrieg stärker die oberen Schichten trafen, veränderten diese ihre Ernährungsgewohnheiten nach dem Zweiten Weltkrieg zunehmend in positiver Weise. Die unteren Schichten zeigen in der Wohlstandsgesellschaft ein weniger kontrolliertes Eßverhalten und leiden somit stärker unter ernährungsbedingten Krankheiten. Außerdem veränderten sich die Rauchgewohnheiten. Während vor dem Zweiten Weltkrieg die oberen Schichten in stärkerem Maße rauchten als die unteren Schichten, hat sich in den letzten 40 Jahren das Verhältnis umgekehrt. Somit ergibt sich das paradoxe Faktum, daß die teilweise Entprivilegierung des Konsumverhaltens zur Verstärkung der schichtspezifischen Mortalitätsunterschiede beigetragen hat (Wilkinson 1986).

Die medizinische Versorgung der Mitglieder der oberen Schichten ist besser als die der Unterschichten. Generell sind Mitglieder der Unterschicht schlechter informiert über gesundheitsschädliches Verhalten und entsprechende Umweltbedingungen. Arbeitslosigkeit und ökonomische Schwierigkeiten treffen Angehörige der Unterschicht häufiger und gravierender.

Sudnow (1973) konnte in seiner Krankenhausstudie feststellen, daß Ärzte Personen der Unterschicht und "sozial Verachtete" (Drogensüchtige, Trinker, Selbstmörder etc) eher als "sterbend" oder "bereits tot" ansahen und ihre Lebensrettungshandlungen entsprechend sparsam einsetzten, was im Sinne einer self-fulfilling prophecy wirkte.

Die technisch bedingten medizinischen Innovationen führen zu einer zunehmenden sozialen Ungleichheit, da unter Knappheitsbedingungen die Bürger reicher Staaten und die Mitglieder höherer Schichten Gesundheitskapital akkumulieren können. (51)

Ein Vergleich von hochindustrialisierten Staaten in bezug auf die beiden Variablen durchschnittliche Lebenserwartung und Einkommensunterschiede zeigt, daß in eher *egalitären Staaten* (Schweden, Niederlande und Norwegen) die Lebenserwartung im

Durchschnitt um 3 Jahre höher ist als in Staaten mit größeren Ungleichheiten in den Einkommenstrukturen (Frankreich, Spanien und Bundesrepublik Deutschland).

Nach dem Tod scheint endlich die Gleichheit der Menschen gegeben zu sein.

Doch die soziale Ungleichheit war in den meisten Kulturen nicht auf das Diesseits beschränkt, sondern setzte sich nach dem Tod fort. Da die ordnungsgemäße Durchführung der Übergangsriten, die Ausstattung des Toten für seine 'Reise' und andere Faktoren, die vom Status des Toten abhängen, in der Regel die Art des 'Weiterlebens nach dem Tod' bestimmten, war eine 'Statusverlängerung' ins Reich der Toten gegeben.

Im alten Ägypten waren der Mythos und die Totenriten auf die Bedürfnisse der Aristokratie zugeschnitten.

Wenn allerdings Unterweltvorstellungen 'negativer Art' vorherrschten, wie bei den Babyloniern und teilweise bei den Griechen, also die Vorstellungen eines erschreckenden 'Schattenlebens', dann war auch für die Oberschicht Statusverringerung zu erwarten. In der Odyssee wird auch ausdrücklich daraufhingewiesen, daß ein ärmliches Leben im Diesseits dem Schattenleben eines aristokratischen Helden im Jenseits vorzuziehen ist.

Auch in den Industriestaaten bleibt die Ungleichheit nach dem Tod erhalten. Mitglieder der Oberschicht bleiben sozial länger am Leben (z.B. Benennungen von Straßen, Gebäuden etc.; Aufbewahrung ihrer Gegenstände; Erinnerungsfeiern) als Unterschichtpersonen. (52)

Der Tod in Institutionen und Organisationen

Familie und Primärgruppen

“Stirbt ein Individuum, so sieht sich die Familiengruppe, der es angehört hat, vermindert, und, um darauf zu reagieren, drängt sie sich zusammen. Ein gemeinsames Unglück hat die gleichen Wirkungen wie das Nahen eines glücklichen Umstandes: es belebt die Kollektivgefühle, die, in der Folge, die Individuen dazu bewegen, sich zu suchen und sich einander zu nähern.” (Durkheim 1981, 535) Integration ist das Schlüsselwort. Desintegration führt zu Todesgefahr. Doch der Tod eines Gruppenmitglieds kann gerade wegen der Gefährdung integrationsverstärkend und damit lebensfördernd wirken. Daß die Integrationskräfte der modernen Familie im Durchschnitt schwächer geworden sind, wird oft behauptet. Ja, daß "die Familie stirbt", ist bereits ein ehrwürdiger kulturkritischer Topos. Die

meisten Soziologen werden jedoch neutralere und wohl auch realitätsgerechtere Beschreibungen des Wandels der Familienformen in den Industriestaaten vorziehen. Freilich tauchen auch bei diesen sozialwissenschaftlichen Beschreibungen häufig "Sterbebegriffe" auf: Deinstitutionalisierung, kulturelle Legitimitätseinbußen, Funktionsverluste, Abbau sozialer Normen, Schwächung informeller Kontrolle, Entkoppelung des bürgerlichen Familienmusters, Destandardisierung, Anstieg der Haushalte mit unvollständigen Familien etc. Die Institution Familie ist trotzdem in den Industriestaaten nicht vom Aussterben bedroht. Doch die einzelne Familie ist eine sterbliche Angelegenheit. Sie überlebt immer seltener den physischen Tod ihrer Gründungsmitglieder, wobei in der Regel die Frau die letzte Positionshalterin ist. Die Kinder - soweit vorhanden - gründen neue Familien, verstehen sich immer weniger als Traditionshüter.

Da die meisten modernen Familien nur mehr für die Reproduktion, aber nicht mehr für die Produktion wesentliche Leistungen erbringen, ist ihre Kurzlebigkeit funktional gerechtfertigt. Vor allem ermöglicht diese Kurzlebigkeit der Familien auch eine bessere Anpassung der Individuen an den beschleunigten sozialen Wandel. (53)

Moderne Familien sind kleine Einheiten: sie umfassen meist nur mehr zwei, drei oder vier Personen. Der Verlust eines Mitglieds führt somit zu gravierenden Strukturproblemen.

Der Tod von Kindern und der vorzeitige Tod von Eltern war in vorindustrieller Zeit ein normales Ereignis in Familien, heute ist es eine seltene und traumatisierende Katastrophe.

In der Endphase besteht die moderne Familie meist aus dem Paar und dann stirbt der Partner/die Partnerin und der/die andere bleibt allein zurück. Somit sind alte und sterbende Personen häufig isoliert, gerade in einer Situation, in der sie Bezugspersonen besonders benötigten. Vor allem in Zukunft werden zunehmend Integrationsschwächen auftreten, was sich z.B. in einer Zunahme der Selbstmordraten im hohen Alter auswirken könnte.

Nach einer Untersuchung von Myska und Parswark (1978) denken alte Menschen in Alters- oder Pflegeheimen häufiger an ihren Tod als alte Menschen, die in eigenen Wohnungen oder bei Familien leben, stellen sich eher selbst als Tote vor und haben häufiger Angst vor dem Tod.

Als wesentlicher Befund konnte festgestellt werden, daß Kranke, die aktive und wechselseitige zwischenmenschliche Beziehungen unterhielten, länger überlebten als Kranke, die in ihrem letzten Lebensabschnitt einsam waren. Frühe Trennungen von einem oder beiden Eltern während der Kindheit hatten bereits Einfluß auf die Überlebenszeit nach der Erkrankung. Die früher Verstorbenen hatten in der Tendenz nur wenige Freunde, distanzierte

Beziehungen zu ihren Familienmitgliedern sowie Verbindungen, die durch Feindseligkeit bei gleichzeitiger Abhängigkeit gekennzeichnet waren. (Howe 1987, 23)

Nach einer englischen Untersuchung aus dem Jahre 1987 (Victor 1993) lebten bereits ein Drittel der sterbenden Menschen allein, d.h. ohne Familienangehörige (1969 15 %). Diese hilfsbedürftigen Personen erhielten, wenn sie noch zu Hause lebten, relativ wenige öffentliche Hilfe, sie waren also auf die Hilfe von Angehörigen und anderen privaten Personen angewiesen. 45 % der Personen, die den Sterbenden zu Hause halfen, gaben an, daß sie selbst durch Gesundheitsprobleme in ihrem Hilfeverhalten beeinträchtigt waren. Die finanziellen Ressourcen fließen hauptsächlich in die Zentren des medizinischen Systems, also in die Krankenhäuser, so daß die dezentrale häusliche Hilfe aus staatlichen Mitteln chronisch unterfinanziert ist. Das System der Pflege von Sterbenden außerhalb von Krankenhäusern und Pflegeheimen ist fragmentiert und professionell unterentwickelt. Seine Krisenerscheinungen werden sich in Zukunft infolge der weiteren Erosion der familiären Hilfeleistungen und des relativen Anstiegs der Pflegefälle verstärken. (54)

Trauer und Institution

Trauer ist in modernen Gesellschaften eine private und familiäre Angelegenheit.

In den traditionellen Kulturen wurde die Trauer meist rituell geregelt. Die Regeln sollten folgenden Zielen dienen (Counts/ Counts 1992, 290 f):

- Trauernden Personen helfen, mit ihren gefühlsmäßigen und sozialen Problemen umgehen zu lernen und "abweichendes Trauern" zu vermeiden. "Abweichendes Trauern" wurde jeweils sozial-kulturell definiert, wobei in modernen Gesellschaften objektivierende medizinisch-psychologische Definitionen sich durchsetzen. (Vgl. Stroebe 1987; Burnell 1989)
- Trauernden Personen helfen, sich sozial zu integrieren und neue Rollen zu akzeptieren und zu lernen.
- Gesellschaftliche Probleme, die mit dem Tod des Gesellschaftsmitglieds verbunden sind, zu lösen.
- Die tote Person "sozial integrieren", z.B. in die Gemeinschaft der Toten.

Van Gennep (1986) zeigt, wie die Trauer und ihre Normierung im Rahmen des Übergangs des Toten in das Totenreich eingeordnet ist. "Während der Trauerzeit sind die Trauernden

vom sozialen Leben ausgeschlossen." (144) Die Einordnung in eine Zwischensphäre kann als sozialer Tod auf Zeit interpretiert werden.

Die rituelle Gestaltung des Übergangs in das Reich der Toten hat für die meisten Menschen in den Industriestaaten an Bedeutung verloren, doch die Lösung von verstorbenen Bezugspersonen ist ein mit Problemen belasteter langwieriger Prozeß, der durch die Enge der Privatsphäre und die Dysfunktionalität intensiver Trauer für einen Teil der Menschen erschwert wird.

Da Trauer mit Schmerz, Leid und oft auch mit verminderter Leistungsfähigkeit verbunden ist, wird sie durch Ärzte und Psychologen überwacht, analysiert und behandelt. Im Rahmen der psychologischen Trauerforschung werden verschiedene Formen von pathologischer Trauer identifiziert. (55) Durch Psychologie und Medizin wird versucht, Trauerverhalten zu klassifizieren und zu normieren.

Viele Autoren meinen, daß die trauernde Person eine neue Identität gewinnen müsse, daß sie ihr Leben neu strukturieren müsse.

Chronische Trauer wird in modernen Gesellschaften als pathologisch angesehen, während sie teilweise im 19. Jahrhundert idealisiert wurde.

In Japan wurde traditionell die Erhaltung der Bindungen zu der toten Person als normal akzeptiert. Die tote Person blieb somit verfügbar und der trauernde Mensch konnte mit ihr interagieren.

Bei den Hopis werden die Toten so schnell wie möglich vergessen. Die Hopis nehmen an, daß der Tod verseuchend wirkt und daß die Toten bzw. die Geister depersonalisiert und somit auch für die lebenden Personen gefährlich sind.

In Ägypten werden die Trauernden ermutigt, ihre Trauer durch intensive affektive Handlungen in einer Gruppe zu zeigen, die empathisch ebenfalls ihre vergangenen Trauerereignisse aktualisiert. Es handelt sich also um kathartische Erfahrungen.

In Bali werden dagegen die Trauernden normativ so beeinflußt, daß sie ihre Trauer nicht zeigen, ja daß sie sogar absichtlich lachen und fröhlich sein sollen. Das Zeigen von expressiver Trauer wird als abweichend angesehen und bestraft.

Im 19. Jahrhundert war im Bürgertum eine romantische Trauerhaltung stärker verbreitet als heute. Diese romantische Trauerhaltung befürwortete - vor allem für Frauen - das Beibehalten der Bindung zu der toten Person und damit eine gewisse Abwendung von einem diesseitigen Aktivismus.

Nach neueren Untersuchungen ist die romantische Haltung bei jungen Witwen und Witwern noch immer weit verbreitet. Auch zwei Jahre nach dem Tod des Partners führten mehr als zwei Drittel der Trauernden ihr Leben so weiter, als wäre der Partner noch vorhanden und weniger als ein Fünftel sagten, daß sie einen neuen Partner suchen würden. Ein Drittel meinte, daß sie noch immer die Gegenwart ihres toten Partners spürten und noch immer nach ihm suchen würden.

Teilweise werden symbolische und in der Phantasie sich ausbildende Beziehungsstrukturen durch langwierige Trauer verstärkt und somit bleibt eine starke Bindung zu der toten Person erhalten.

Ähnliche Untersuchungsergebnisse wurden bei Kindern, die ein Elternteil verloren haben, gefunden.

In einer Studie israelischer Eltern, die ihren Sohn in einem der Kriege verloren hatten, zeigte sich auch, daß die Mehrzahl auch nach Jahren in starker Weise an den Toten gebunden war. Oft wirkt sich dies auf Beziehungen zu lebenden Kindern und anderen Bezugspersonen negativ aus. Die Eltern idealisierten ihren verlorenen Sohn, wobei durch einen Vergleich mit einer Kontrollgruppe von Eltern, deren Sohn das Haus verlassen hatte, die stärkere Idealisierung bei dem Verlust des Sohnes durch den Tod nachgewiesen werden konnte. (Stroebe/ Stroebe 1992) (56)

Die Bezugsenge und Emotionalisierung der Familie bzw. Primärgruppe wirkt also auf den Trauerprozeß. Die starke Intimität führt beim Tod einer Bezugsperson häufig zu Identitätskrisen, zu einem psychischen Sterbeprozeß.

Trauerprobleme besonderer Art treten bei "abweichenden Beziehungen" auf, z.B. bei Homosexualität. Die Familie des Verstorbenen ist für die Trauer zuständig, während der homosexuelle Partner häufig ausgeschlossen wird. Dies trifft schon teilweise im Sterbeprozeß zu, wenn er von Familienmitgliedern "monopolisiert" wird. (Fowlkes 1990)

Man könnte den Menschen als "beseelendes Wesen" bezeichnen, d.h. er beseelt und besetzt emotional Umwelteile, und zwar nicht nur Menschen, sondern auch Tiere und nicht-belebte Objekte. Trauer tritt in der Regel beim Verlust solcher signifikanten beseelten Umweltobjekte auf.

Wie ist nun die Modernisierung der Trauer zu beurteilen?

Häufig liest man eher negative Beurteilungen: Isolation der Trauernden, Ritualverlust und damit angeblich verbunden ein gestörter Trauerprozeß, Pathologisierung und Medikalisierung.

Doch man sollte die positiven Aspekte nicht vergessen, von denen ich zwei hervorheben möchte:

Emanzipation der Frauen. Denn Sterben und Trauer wurden im 19. Jahrhundert (und in vielen anderen Kulturen) ebenso wie sexuelle Normierungen zur Kontrolle und Unterdrückung weiblichen Verhaltens eingesetzt. Frauen mußten viel länger als Männer und unter stark restriktiven Umständen Trauerverhalten zeigen und waren in dieser Zeit von vielen öffentlichen Aktivitäten ausgeschlossen.

Individualisierung und Öffnung von Optionen: Starre Regelungen lassen kreatives und befreiendes Verhalten meist nicht zu.

Trauer als sozialer Prozeß kann also kurz folgendermaßen charakterisiert werden:

Die trauernde Person durchläuft in den meisten Fällen einen sozialen und psychischen Sterbeprozeß. Sie erleidet Rollenverluste und oft auch eine Statusminderung, außerdem muß sie ihre Identität und ihr Bewußtsein umstrukturieren; es handelt sich um eine Form des psychischen Sterbens und bei positivem Verlauf um eine psychische Wiedergeburt.

Außerdem steigt für Trauernde auch die Wahrscheinlichkeit, physisch zu sterben

Die Individualisierung und Versuche der kognitiven Strukturierung, z.B. als Rationalisierung, haben sich verstärkt. (57) Starke affektive Reaktionen werden medikalisiert, bzw. in einen abgeschirmten Intimbereich abgedrängt.

Durch die Modernisierung hat sich folglich einerseits der traditionelle normative Druck auf trauernde Personen, vor allem auf Frauen, verringert, andererseits wird ein stärkerer Selbstzwang zur sozial unauffälligen privaten Trauergestaltung und zur Abwehr "pathologischer Reaktionen" erwartet.

Trauer der Eltern beim Verlust eines Kindes

Die Intensität der Trauer um ein gestorbenes Kind übertrifft im Durchschnitt wahrscheinlich alle anderen Trauertypen in modernen Industriegesellschaften.

Das Sterben des Kindes gilt als 'ungerecht', 'abnorm' und 'unverständlich', da Sterben im hohen Alter als normal angesehen wird. Dazu kommt, daß heutzutage die Entscheidung für ein Kind viel stärker intentional in dem Sinne ist, daß sie die Phase der absichtlichen Kinderlosigkeit unterbricht und damit auch das Kind in einem stärkeren Maße als eigenes, nicht so sehr als materieller Besitz, sondern als Teil der gesamten Identität angesehen wird.

Klass und Marwit (1988/89) referieren Forschungsergebnisse über das Trauerverhalten von Eltern, die ein Kind verloren haben. Es ist ein Kennzeichen moderner Industriegesellschaften, daß fast jedes neugeborene Kind nicht nur rechtlich sondern auch im Bewußtsein der Eltern sofort als Vollperson gilt, was bisher wohl in keiner Kultur und Epoche der Fall war. Die hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit und Wünsche der Geburtenkontrolle und Selektion waren wahrscheinlich die Gründe, daß in anderen Epochen und Kulturen Kinder häufig nicht als vollwertige soziale Personen angesehen wurden oder nur einen sehr geringen Status hatten. Die moderne industriegesellschaftliche Sichtweise wäre unter traditionellen Bedingungen dysfunktional gewesen.

Heute hat die Bekämpfung der Kindersterblichkeit hohe Priorität, Kinder sind seltener geworden und der Tod von Kindern ist ein unwahrscheinliches und schockartig wirkendes Ereignis.

Eltern, die diese schmerzliche Erfahrung machen müssen, haben nun im Vergleich zu früher viel gravierendere psychische und soziale Konsequenzen zu erwarten. In dem modernen Familiensystem, das aus wenigen Mitgliedern besteht, ist der Tod eines Kindes eine schwere Störung. Die Matrix der miteinander verbundenen Rollen muß neu geordnet werden.

Eltern haben in diesem Fall oft schwere Schuldgefühle, sie zweifeln an ihren grundlegenden sozialisatorischen Kompetenzen. (58)

Um das Problem aufzuarbeiten, überdenken Eltern die Ereignisse, die sich im Zusammenhang mit dem Tod ihres Kindes ergaben, immer und immer wieder und deuten sie. Manche wenden sich an die Öffentlichkeit, um sich zu rechtfertigen oder auch um Veränderungen in Bereichen zu bewirken, die sie als Ursachen für den Tod ihres Kindes

ansehen. Einige gründen Organisationen oder schließen sich bereits vorhandenen Organisationen an, die sich z.B. der Aufgabe widmen, die Ursachen für den Kindestod zu erforschen und Maßnahmen zu ergreifen, um bestimmte Krankheiten oder Unfälle in den Griff zu bekommen. Andere schreiben einen Bericht über den Tod ihres Kindes und versuchen ihn zu veröffentlichen. Man kann diese Handlungen auch so interpretieren, daß die Eltern sich und auch anderen zeigen wollen, daß sie nach wie vor für ihr Kind sorgen können. Nach psychoanalytischer Interpretation ist der Tod eines Kindes ein direkter Angriff auf die Omnipotenzvorstellungen der Eltern. Die narzißtischen Ideen werden zentral getroffen. Freud schrieb über den Tod seiner Tochter, daß er zwar seit vielen Jahren darauf vorbereitet war, seine Söhne im Krieg zu verlieren, doch den Tod seiner Tochter nicht erwartet hatte. Er interpretierte seine Verstörung als Verletzung seiner narzißtischen Gefühle. Die Metapher der Amputation findet man häufig in Aussagen von solchen Eltern. "Es ist so, als hätte ich meinen rechten Arm verloren, ich muß jetzt lernen als Einarmiger zu leben." Im Bewußtsein der Eltern fährt ein 'leerer Zug' in ihrem Lebenslauf mit. Immer wieder erinnern sie sich daran, daß jetzt ihr Kind ein bestimmtes Alter, bestimmte Erfahrungen hätte, d.h. sie gehen von einem sozial standardisierten Lebenslauf aus, der in ihrem Bewußtsein auch nach dem Tod ihres Kindes verankert ist. Die meisten Eltern, die den Verlust eines Kindes beklagen, benötigen soziale Unterstützung. Selbsthilfegruppen und auch die Unterstützung durch Professionelle haben in der Regel positive Konsequenzen auf den Trauerprozeß. In Selbsthilfegruppen können familienähnliche Gemeinschaften entstehen, in denen die ursprünglich kindbezogene überschüssige Energie der Eltern in sinnvoller Weise "kanalisiert" werden kann. Interessant ist die Beobachtung, daß eine ambivalente oder konflikthafte Beziehung der Eltern oder eines Elternteiles mit dem Kind auch mit größeren Verarbeitungsschwierigkeiten der Trauer nach dem Tod des Kindes verbunden ist. Eine offene Kommunikation mit dem Kind, die bereits vor seinem Tod und vor allem in der terminalen Phase stattfand, erleichtert in der Regel die Verarbeitung des Verlustes. Gerade beim Tod eines Kindes lastet die Arbeit des sozialen Sterbens auf den Eltern und wenn dieser Prozeß bereits vor dem physischen Tod des Kindes weit fortgeschritten ist, dann ist auch die postmortale Trauerarbeit erleichtert.

Klass und Marwit (1988/89) unterscheiden drei prinzipielle Formen der inneren bewußtseinsmäßigen Repräsentation des toten Kindes. (59)

Identifikation: Das Kind wird ein Teil des Selbst, wobei eine flexible innere Repräsentation die Regel ist. Diese Form wird als optimale Trauerlösung angesehen. Es handelt sich um eine

produktive Verarbeitung, die auch zu einer sozial akzeptablen Neuordnung der Aktivitätsstrukturen der betroffenen Eltern führt.

Introjektion: Das Kind wird gleichsam als gefrorene Einheit in der eigenen psycho-sozialen Welt aufgenommen. Im Gegensatz zur Identifikation handelt es sich also nicht um eine flexible, sozial erwünschte und den gesellschaftlichen Aktivitätsvorstellungen angepaßte Form der Verarbeitung. Die veränderte Realität wird partiell "geleugnet".

Externalisierung: Das tote Kind wird gleichsam aus dem eigenen Bewußtsein ausgestoßen. In der Regel tritt selbstverständlich nicht ein totales Vergessen ein, sondern es wird eine rigide Interpretation des Vorgangs vorgenommen, die die eigene Schuld und auch die Notwendigkeit der gesellschaftlichen Intervention verneint.

Ein Beispiel:

Ein Vater eines Jugendlichen, der Selbstmord begangen hatte, vertrat dogmatisch eine Theorie, daß die dem Selbstmord zugrundeliegende Depression sich nur aufgrund chemischer Prozesse im Gehirn ergeben habe, für die es keinerlei Heilung gebe. Somit wies er auch alle Überlegungen, die sich auf psychische und soziale Ursachen, z.B. auf seinen Einfluß auf das Geschehen, bezogen, ab.

Die Typologie von Klass und Marwit ist zwar empirisch fundiert, doch sie enthält auch eine Bewertung: Identifikation ist der Introjektion und Externalisierung vorzuziehen, da sie die flexible Leistungsbereitschaft der Eltern nicht beeinträchtigt und gleichzeitig eine der Vollperson Kind würdige Trauerrepräsentation gewährleistet.

Medizin

Der Lebensbeginn und der Lebensausgang waren in allen Kulturen Schlüsselereignisse und damit im Zentrum von Herrschaft.

Betrachten wir den *Lebensbeginn* in modernen Gesellschaften.

Bei Schwangerschaft und Geburt ergibt sich ein meist latent bleibender Konflikt zwischen den gebärenden Frauen und den Ärzten. Die meisten Frauen sehen Schwangerschaft und Geburt als normalen Prozeß an, während die Ärzte in starkem Maße auf pathologische Erscheinungen fixiert sind. Frauen gehen in der Regel davon aus, daß sie über ihren Körper und über das Kind, das in ihrem Körper heranwächst, Bescheid wissen. Die Ärzte gehen davon aus, daß dieses Wissen der Frauen völlig unzureichend ist und ihr formales medizinisches Wissen relevanter sei. (60) Frauen wünschen eine offene Kommunikation, während die meisten Ärzte sich durch die offene und intensive Kommunikation eher gestört

fühlen und der Meinung sind, daß ihre Entscheidungen dadurch ungünstig beeinflusst werden können, da nur ihr eigenes formales Wissen bedeutsam sei. (Freund/ McGuire 1991)

Ist die Situation am Lebensausgang auch so zu beschreiben?

Der Tod wird von den meisten Menschen als "natürliches" und unvermeidliches Ereignis angesehen. Doch er tritt in der Regel als "Ergebnis von Krankheit" auf. Somit sind Ärzte fast immer die Regisseure. Das Krankenhaus ist die Stätte der Geburt und des Todes. Für Gebärende und Sterbende ergeben sich gleichermaßen Kommunikationsprobleme. Wer wagt schon, Sterben als normales und selbstverständliches Geschehen anzusehen und es interaktiv ohne professionellen Einfluß zu gestalten?

Versuche, die Geburt oder das Sterben wieder in eigener Regie durchzuführen, und die expandierenden professionellen und organisatorischen Betreuungsmaßnahmen nicht oder nur in bestimmten Fällen in Anspruch zu nehmen, laufen parallel zur Ausdifferenzierung der Kontrollsysteme.

Habermas (1981) geht davon aus, daß moderne "Widerstandsbewegungen", die eher von gebildeten Schichten und jungen Menschen getragen werden, sich nicht mehr primär auf die Verteilung von Ressourcen, von Arbeit oder anderen materiellen Gütern richten, sondern daß es eher um Versuche geht, die kulturelle Reproduktion, die soziale Integration, die eigene Sozialisation und die Lebensstile selbst zu bestimmen. Es wird Widerstand gegen die Kolonisierung der Lebenswelt geleistet. Es muß sich nicht unbedingt um emanzipatorische Bewegungen handeln, es können auch fundamentalistische oder traditionalistische Versuche sein, die sich gegen Modernisierung, Technisierung und Professionalisierung wenden. (61)

Soziologie des Körpers

Der lebende und der tote Körper hatten in vielen Kulturen Schlüsselrollen inne, wie z.B. die Darstellung der Todesriten der Berawan nach Hertz zeigte. In modernen Kulturen erfolgte ein gesellschaftlicher Abstieg des Körpers, vor allem des toten Körpers. Der reale durchschnittliche menschliche Körper wird immer mehr zu einem defizienten Instrument, vor allem der tote Körper wird zu Abfall. Diese Abwertung des normalen Körpers ergibt sich durch die zunehmende Industrialisierung, den Einsatz von Maschinen und technischen Systemen und die instrumentelle Sichtweise des Körpers.

Durch diese Sichtweise des toten Körpers erweisen sich im modernen Denken Verbindungen von Toten und Lebenden als unheimliche Fantasiegebilde und die Assoziation von Tod und lebenssteigernden körperlichen Handlungen, wie Geburt und sexuellen Interaktionen, wird zur Perversion. Eine Schilderung aus einem anderen Kulturbereich kann den Blick für den Stand der modernen Kultur schärfen.

Bloch (1982, 214) schildert Vorstellungen und Riten der Merinas (Madagaskar), die sich mit dem Tod beschäftigen. Frauen, Geburt und verschiedene Todesaspekte sind mit der Vorstellung von Individualisierung verbunden (die einzelne Leiche und das einzelne Kind). Frauen werden als Mütter einzelner Kinder, als Bewohnerinnen konkreter Häuser und als Gebärende begriffen und mit Hitze assoziiert. Im Gegensatz dazu steht das kollektive kalte Grab der Ahnen und deren "Fruchtbarkeit". Für uns ist vor allem diese Verbindung von Toten, Grab und Fruchtbarkeit überraschend. Doch die Lebenden sind abhängig von den Toten. Das Wohlwollen der Ahnen gewährleistet Leben und Fruchtbarkeit, Kinder, gute Ernte, Stärke und Reichtum. Der Umgang mit der Leiche und der Trauer verdeutlicht das ideologische System. Trauern ist das Geschäft der Frauen, die sich hierbei selbst verletzen und erniedrigen. Das erste Begräbnis der Leiche findet in einem individuellen Grab statt, das mit "feucht" und "schmutzig" assoziiert wird. Erst das zweite Begräbnis des nun "trockenen" Skeletts und seine Überführung in das kollektive Ahnengrab ist die neue Geburt und gleichzeitig eine Entindividualisierung. Die das Kollektiv erhaltende Fruchtbarkeitsidee ist mit diesem Grab und mit den Skeletten verbunden. Das Individuelle ist zwar unverzichtbar, aber es verändert sich ständig, ist unsicher und muß immer wieder in etwas Dauerhaftes überführt werden. Der menschliche Körper, lebend und tot, ist das Transportmedium. Er hat in der modernen Gesellschaft diese Funktion weitgehend verloren. Die Ahnen wurden entmachtet. Stattdessen herrscht ein Unpersönliches, etwas, das auch Soziologen mit Metaphern benennen (z.B. der Dschagannath-Wagen nach Giddens 1995). Statt des Ahnengrabs sind es nun die Kernkraftwerke und die Bunker, in denen die Atomraketen ruhen, die nun Fruchtbarkeit oder Tod bringen. Die menschlichen Körper dagegen haben ihre Wirkungskraft verloren. (62)

Während in der Kulturanthropologie der Körper vielfach "auftaucht", wurde in der Soziologie erst in neuer Zeit (z.B. von Turner 1984, 1992) eine "Soziologie des Körpers" ausgearbeitet.¹⁸

¹⁸ Vgl. Schroer, M. (Hg.) 2005. Soziologie des Körpers. Frankfurt a. M.

Nach Foucault ist der Körper selbst eine historisch zu erklärende Tatsache, d.h. es ist einseitig, ihn nur nach biologischen, physikalischen oder chemischen Gesetzmäßigkeiten zu erfassen.

Der Umgang mit dem Körper wird von den gesellschaftlichen Mechanismen der Modernisierung bestimmt: Industrialisierung, Bürokratisierung, Demokratisierung, Urbanisierung, Bildung und Verwissenschaftlichung, Säkularisierung und anderen.

Differenzierung und Segmentierung führen dazu, daß er vieldimensional von verschiedenen Institutionen, Organisationen und Professionen definiert und verwaltet wird. Verschiedene Subsysteme verarbeiten den Körper gemäß ihren Codes: Medizin, Recht, Wirtschaft, Politik, Religion, Kunst. Damit werden "biologisch" und kulturell ursprünglich verbundene Bereiche "getrennt". Teile des Körpergeschehens werden voneinander abgeschieden und speziellen Professionen zugeordnet. Dies hat Konsequenzen für Sterben und Tod. Tod wird von Sexualität, Reproduktion und Geburt entfernt. Zwar ist die Medizin als übergreifende Profession für den lebenden und den toten Körper zuständig. Doch sie teilt sich selbst in Subdisziplinen und im konkreten Umgang mit dem Körper wird diese Segmentierung und Spezialisierung gepflegt.

Turner (1984) unterscheidet vier Weisen des gesellschaftlichen Zugriffs auf den Körper:

Reproduktion: Diese zentrale Aufgabe, die der Erhaltung des Kollektivs dient, bedingt eine spezifische Überwachung vor allem der weiblichen Körper.

Normierung im Raum: Das Kollektiv existiert in einem Territorium, in dem die Körper angeordnet und ihnen Aufgaben zugeteilt werden müssen.

Disziplinierung des "inneren" Körpers: Man denke an die unzähligen Alltagsrituale, die sich um den Körper ranken, Zähneputzen, Waschen, Anziehen, Essen usw.

Darstellung des "äußeren" Körpers: Der Körper wird in bestimmter Weise in der Öffentlichkeit gezeigt; kosmetische Zurichtung, Kleidung, einstudierte Gestik und Mimik, Möbelauswahl usw. (63)

Diese Einteilung kann für die Beschreibung des sozialen Sterbens fruchtbar gemacht werden. Der weibliche Körper, der nicht mehr für die Reproduktion geeignet ist (Menopause), der Körper, der nicht mehr "repräsentativ" ist, nicht mehr in der Öffentlichkeit gezeigt werden kann (z.B. Verunstaltung durch Krankheit bzw. Operation), der Körper, der nicht mehr

ausreichend diszipliniert ist (z.B. bei Nervenkrankheiten, Inkontinenz) oder der Körper, der gegen die (räumliche) Normierung rebelliert (z.B. Desertion, Phobien) wird in modernen Gesellschaften (partiell) sozial getötet (Überweisung in Krankenhäuser, psychiatrische Anstalten, Gefängnisse, Isolation in der eigenen Wohnung etc).

Der menschliche Körper ist somit nicht nur ein Produkt der natürlichen Evolution, sondern geformt durch die kulturelle Entwicklung.

Elias (1976) hat zur Differenzierung dieser Perspektive Wesentliches beigetragen.

Die Schamschranken wurden neu bestimmt und somit entstanden auch neue Sensibilitäten in allen Wahrnehmungsbereichen. Auch die Wahrnehmung von Sterbenden und Toten war dadurch betroffen. Die Sterbenden und ihre Helfer hatten die neuen Körper- und Verhaltensstandards internalisiert, so daß ein verändertes "Sterbedesign" die Folge war.

Das moderne Körpervverständnis hat folglich Konsequenzen für den Umgang mit Sterben und Tod: (64)

- Das Ideal des gesunden und schönen Körpers steht im Zentrum des öffentlichen Interesses und des Marktes.
- Der Umgang mit komplizierten Apparaten und sozialen Strukturen erfordert Menschen mit hoher Kompetenz und Selbstkontrolle, deren Körper ständig überwacht und geschult werden.
- Auch aus diesem Grund wird der psychische und physische Verfall immer mehr antizipierend gefürchtet.
- Der individualisierte, aus der Gemeinschaft ausgegliederte Körper wird in seiner letzten Phase zum Objekt für medizinische Kontrolle.
- Der Körper wird in zunehmendem Maße als Maschine definiert, die renoviert und repariert werden muß. In diesem Zusammenhang sollte man freilich bedenken, daß die hochentwickelten Maschinensysteme immer intelligenter, also "menschenähnlicher" werden. Menschliche Körper und Maschinensysteme konvergieren und werden sich in Zukunft "treffen".
- Der Tod wird zu einem Totalschaden der Körpermaschine, die nicht mehr repariert werden kann.

Organtransplantationen

Organtransplantationen setzen nicht nur rechtliche Bestimmungen voraus (z.B. die Anerkennung des Gehirntods als Ende der rechtlich geschützten Person), sondern sind von sozialen und kulturellen Weltanschauungen, die immer auch Körperbilder enthalten, abhängig. (Lamb 1993)

Die Zerstörung des Körpers war in den meisten Kulturen eine hochproblematische Angelegenheit. Was freilich als "Zerstörung" oder "Verstümmelung" zu bezeichnen ist, bedarf selbst einer kulturellen und sozialen Definition. Jedenfalls war in allen Hochkulturen der Umgang mit dem toten Körper eines Vollmitglieds der Gemeinschaft geregelt. Eine routinemäßige Instrumentalisierung und Verobjektivierung von Körperteilen ist dagegen eine Neuentwicklung moderner Gesellschaften. Menschen aus anderen Kulturkreisen, aber auch viele Bürger von Industriestaaten, haben Schwierigkeiten, diese neuen Verfahrensweisen zu akzeptieren.

Moslems zeigen starken Widerstand gegen die Entnahme von Organen. Dies kann auf Ängste vor Verstümmelung zurückgeführt werden, deren religiöse Wurzeln noch aus der Zeit des Propheten Mohammed stammen. 1982 gestattete allerdings die höchste religiöse Autorität in Saudi-Arabien, die Senior 'Ulama' Commission, Organentnahme nach dem Tod.

Untersuchungen in westlichen Industriestaaten weisen auf die symbolische Komplexität von Organentnahmen hin. Organspender oder Angehörige eines Toten äußern häufig Ängste vor Identitätsverlust. (Simmons et al. 1977). Zwar können Organe wie Waren verkauft und gekauft werden, doch der Körper und seine Teile sind identitätskonstituierend. (65) So fürchten (oder hoffen) Organempfänger, daß Eigenschaften des Spenders auf sie übertragen werden. Manche männliche Empfänger von weiblichen Organen befürchteten, homosexuell zu werden.

Untersuchungen zeigen, daß das Geschenk des Lebens im Bewußtsein der Organspender bzw. der zustimmenden Familienmitglieder eine zentrale Rolle spielt. Die aufgrund von Erforschung anderer Kulturen gewonnenen Erkenntnisse von Marcel Mauss, daß reziproke Geschenke, die Pflicht zu geben und zu empfangen, eine zentrale Rolle im Interaktionsgeschehen spielen, sind auch in diesen Fällen anwendbar. Wenn Personen ein neues Organ empfangen haben, empfinden sie teilweise ein starkes Bedürfnis, entsprechende Gegenleistungen zu erbringen. Es treten z.B. Schuldgefühle gegenüber dem Spender auf. Fox und Swazey (1974) nennen diese Dimension der Transplantation "die Tyrannei des Geschenks". Entsprechende Gefühle ergeben sich auch, wenn es zu Abstoßungsreaktionen im

Körper des Empfängers kommt. Dies kann sowohl auf Seiten des Empfängers als auch des Spenders, wenn dieser darüber informiert ist, zu Schuldgefühlen oder Aggressionen führen, die sich aufgrund einer angenommenen mangelnden Reziprozität ergeben.

Um Konflikte zu vermeiden, wird in der Regel versucht, keine persönliche Verbindung zwischen Spender und Empfänger herzustellen.

In verschiedenen westlichen Industriestaaten sind die wertvollen Organe von Toten öffentliches Eigentum, das nach vorgegebenen Regeln verteilt werden soll, also gemäß quasi-religiösen Ritualen. Doch tatsächlich sind bereits Märkte entstanden, in denen Organe wie andere Waren gehandelt werden. Auch werden Körperteile inzwischen für diesen Wachstumsmarkt produziert. Die Grenzen zwischen "künstlichen" und "natürlichen" Teilen werden zunehmend verschwimmen. Durch die Knappheitssituation werden die öffentlich anerkannten demokratisch legitimierte Verteilungsnormen unterlaufen werden. Wie immer auch verteilt wird, es bleibt Selektion, d.h. Geben und Nehmen von Lebenschancen. Es bleiben die Identitätsprobleme, magischen Vorstellungen, Gefühle etc., die in der Regel durch den "sanften Psychoterror" der medizinischen Rationalität, in schweren Fällen durch Psychotherapeuten "gesteuert" werden.

Vor allem wird die Organtransplantation in Zusammenhang mit anderen neuen medizinischen Techniken langfristig die im Abendland angelegte dualistische Sichtweise begünstigen: Person (Identität, hochrangige software) und Körper (Instrument, hardware und untergeordnete software). Der Tod der Person (Identität) wird dadurch entnaturalisiert, er wird sozial und technisch hergestellt und damit werden auch Norm- und Wertveränderungen zur Legitimation und zur Bewältigung der Folgeprobleme erforderlich. (66)

Sterben im Krankenhaus

In den Industriestaaten sterben die meisten Menschen inzwischen im Krankenhaus. Das Krankenhaus ist also die gesellschaftliche Organisation, in der der Übergang von der Zentralrolle Lebender zur Peripherrolle Toter vollzogen wird.

Die Kontrolle der Sterbephase liegt primär in Händen von Professionellen (Mediziner). Medizinstudenten lernen in der Regel zuerst Tote als Objekte der Anatomie kennen, während die Betreuung Sterbender im Primärteil des Curriculums nicht verankert ist. Wenn ein Patient

stirbt, so lernen Medizinstudenten oder junge Ärzte, ihre Gefühle zu beherrschen und den Tod von einem naturwissenschaftlichen und bürokratischen Standpunkt aus zu betrachten.

Der Tod eines Patienten wird von den behandelnden Ärzten häufig als Versagen interpretiert. Ferner steht der Arzt durch die Krankenschwestern und auch durch seine Ausbildung unter Kompetenz- und Erwartungsdruck. Er muß hochqualifizierte Aktivitäten kompetent durchführen. Für die (soziale) Betreuung eines Sterbenden ist angeblich keine hohe Qualifikation erforderlich und außerdem ist der Arzt dafür nicht ausgebildet. Also vermeidet er Sterbebetreuung durch Uminterpretation, z.B. "schwerkranker Patient", und setzt medizinische Technik ein oder ignoriert die Person.

Die Sterbenden werden in der Regel als hilflose und abhängige Wesen betrachtet und behandelt und sie nehmen meist auch ihr Stigma an. Die aufgrund der Rollenschwäche selten auftretenden Selbstbestimmungsversuche, die von den Normen und Regeln der Ärzte und Krankenschwestern abweichen, werden ignoriert oder auch sanktioniert.

Die Rolle des Sterbenden wird sozusagen als Verschärfung der Krankenrolle definiert. Damit erhöhen sich Kontrolle, Abhängigkeit und der Druck auf den Patienten, mit dem Pflegepersonal zu kooperieren, obwohl die ursprüngliche Grundlage dieser Erwartungen, nämlich die Rückführung in das normale Leben, nicht mehr gegeben ist.

Da diese Inkonsistenzen in der Rolle der Sterbenden im Krankenhaus immer offensichtlicher wurden, hat sich die Kritik verstärkt, bzw. wird teilweise versucht, dem irritierenden Rollenspiel auszuweichen. (67)

Das Ausweichen kann durch medizinische Behandlung erfolgen, z.B. durch starke Medikamente, die praktisch das Bewußtsein des Patienten so weit reduzieren, daß die Abhängigkeit faktisch legitimiert wird. Die Therapie kann somit auch im Dienste der Erhaltung von Rollenerwartungen des Pflegepersonals erfolgen.

Vor allem leiden die Sterbenden im Krankenhaus unter dem Verlust der Selbstkontrolle (psychisches Sterben) und des gewohnten sozialen Umfeldes (soziales Sterben).

Das Krankenhauspersonal versucht, das Sterben von Klienten zu 'vermeiden', nicht nur durch Einsatz der medizinischen Technik und "heroische Kämpfe", sondern auch durch Ignorieren und 'Unsichtbarmachen' des Sterbevorgangs und durch die rasche Ausscheidung der Leichen aus den Interaktions- und Kommunikationszusammenhängen.

Goodman (1990) hat in ihrer Dissertation, einer qualitativen Untersuchung des Krankenhauspersonals und der Sozialarbeiter, die sich mit sterbenden Patienten beschäftigen,

eine Typologie der Patienten erstellt: der ideale, der routinemäßige und der toxische Patient. (Vgl. auch Glaser und Strauss 1974)

1. Der *ideale Patient* richtet sich genau nach den Erwartungen des Krankenhauspersonals, ja er übersteigt in positiver Hinsicht die Erwartungen.
2. Der *Routinepatient* ist sozusagen der durchschnittliche Patient, im großen und ganzen konform und unauffällig.
3. Der *toxische Patient* gilt als abweichend, schafft verschiedene persönliche und sachliche Probleme, und/oder stellt die professionelle Autorität in Frage.

Mertons Theorie der Anomie wurde zur Analyse herangezogen. Die Ärzte und die Krankenschwestern waren stark frustriert, wenn ihre Heilbehandlungen versagten, dagegen waren die Sozialarbeiter eher bereit, mit den sterbenden Patienten und ihren Familien zu interagieren und waren weniger betroffen, wenn die medizinischen Interventionen nicht erfolgreich waren.

Amerikanische Untersuchungen zeigten, daß Krankenschwestern sterbende Patienten eindeutig länger warten ließen als nicht sterbende. Auch direkte Befragungen der Krankenschwestern ergaben, daß die überwiegende Mehrzahl eher zum Vermeiden der Sterbenden neigte, indem sie den ernsten Zustand leugneten, das Gesprächsthema wechselten oder sich in fatalistische Aussagen flüchteten. (Ochsmann 1990)

Das Vermeidungsverhalten ergibt sich aus der Rolle der Helfer und aus dem Ziel des Gesundheitssystems, Krankheit zu bekämpfen und Gesundheit herzustellen, was bei dem Sterbenden nicht möglich ist.

Krankenschwestern beurteilen den Tod positiver als Krankenhausärzte. Ärzte erleben das Sterben eines Patienten eher als eine persönliche Niederlage als Krankenschwestern. Bei Krankenschwestern steht die Fürsorge im Vordergrund, der Tod stellt ihre professionelle Kompetenz nicht in Frage. (68)

"Für Ärzte liegen entsprechende Untersuchungen vor, aus denen beispielsweise hervorgeht, daß Internisten und Chirurgen stärkere Furcht vor ihrem eigenen Tod aufwiesen als andere medizinische Spezialisten. Und gerade in den chirurgischen und internistischen Abteilungen kommen die meisten Todesfälle vor. Für Medizinstudenten wurde festgestellt, daß die Todesfurcht mit zunehmendem Semester anstieg." (Schmied 1985, 46)

In einer Studie von Schulz und Aderman (1978) wurde erstaunlicherweise festgestellt, daß der Grad der *Todesfurcht* von Ärzten auf die Länge der Behandlung der sterbenden Patienten

einen bedeutsamen Einfluß hat. Bei der Gruppe der mit hoher Furcht ausgestatteten Ärzte waren die Sterbenskranken im Durchschnitt länger in der Klinik als bei der Gruppe mit geringerer Furcht. Ärzte mit hoher Todesfurcht ergreifen wahrscheinlich eher "heroische Maßnahmen" als Ärzte mit geringer Furcht.

Ärzte und Schwestern weisen meist die Macht zurück, den Tod vorherzusagen oder gar vorherzugestalten.

Das Wissen über Krankheitsverläufe wird zwar immer genauer und die Ärzte gehen routinierter mit Wahrscheinlichkeitsaussagen um. Doch das soziale Dilemma bleibt: Man darf nicht wissen und will auch nicht wissen - und weiß doch immer mehr und immer genauer. Es sind sicher magische oder archaische Vorstellungen noch vorhanden, Ängste zu töten oder durch die Vorhersage das Sterben und den Sterbenden zu beeinflussen. Rationalisierung und Technisierung haben in einer solchen Situation auch die Funktion, sich distanzieren zu können, Verantwortung an nicht-personale Aktionsabläufe abzugeben.

So deuten Streckeisen u.a. (1992) auch die Bevorzugung von Infusion gegenüber oraler Verabreichung von Flüssigkeit und Schmerzmitteln bei Sterbenden mit Ängsten vor empathischem Verhalten und Distanzwünschen.

"Die zielsichere, auf Kontinuität und relative Dauer angelegte Infusion durch orale Verrichtungen zu ersetzen, heisst erstens, auf den Schmerz- und Durststrhythmus des Patienten unmittelbar einzugehen; es heisst zweitens, auf die Sicherheit der reibungslosen Zufuhr zu verzichten...." (472)

Die Angst zu töten, spielt bei Schwestern eine große Rolle. Vor allem drei Tätigkeiten werden hierbei genannt: Das Umlagern der Patienten, das Absaugen von Schleim und das Verabreichen von zuviel Morphium. Bei dem Verabreichen von Morphium kommt es auch häufig zu Konflikten zwischen Schwestern und Ärzten.

Die bisherigen Erörterungen weisen auf eine strukturelle Verschiebung des Schwergewichts der Situationsbestimmung vom Sterbenden zu den professionellen Helfern. Ein wichtiger Aspekt dieses strukturellen Ungleichgewichts ist das "Wissensgefälle". Die Frage lautet: Weiß der sterbende Mensch über seinen Zustand Bescheid?

Glaser und Strauss (1974) unterscheiden vier *Bewußtseinskontexte*: (69)

1. *Unkenntnis des bevorstehenden Todes* (closed awareness): Ärzte und Krankenschwestern kennen den kritischen Zustand des Patienten, teilen es ihm aber nicht mit. Die Angehörigen wissen nicht Bescheid oder werden vom Krankenhauspersonal informiert, sprechen mit dem Sterbenden jedoch nicht darüber.

2. *Argwohn* (suspicion): Der Patient wird argwöhnisch, aber das Personal und/oder die Angehörigen versuchen ihn zu beruhigen.

3. *Wechselseitige Täuschung* (context of mutual pretense): Personal und Kranker wissen über die Situation Bescheid, täuschen sich aber gegenseitig. Das Krankenhauspersonal versucht in der Regel, Diskussionen über den Tod zu vermeiden.

4. *Offenheit* (open awareness): Patient, Krankenhauspersonal und Angehörige sprechen offen über den bevorstehenden Tod.

Seit der Untersuchung von Glaser und Strauss in den sechziger Jahren hat sich die Situation geändert. Sowohl die Patienten als auch die Angehörigen werden häufiger und früher korrekt informiert.

Die meisten Ärzte vertreten im Gegensatz zu früher die Meinung, daß die Diagnose und der Sterbeverlauf "mitgeteilt" werden sollen. Doch sie teilen dies häufig Bezugspersonen und oft nur in "gemilderter Form" dem Sterbenden selbst mit. Sie bürden oft den Bezugspersonen die Kommunikationslast auf. (Vgl. Bowling/Cartwright 1982, 48 ff)

Die Mehrzahl der Experten, Ärzte und Krankenschwestern befürworten heutzutage einen offenen Kommunikationskontext. Doch eine Untersuchung von 1988 in deutschen Krankenhäusern zeigt Widersprüche zwischen Einstellungen und Verhaltensweisen von Ärzten und anderen Mitarbeitern. Zwar spricht sich der größte Teil (75 %) für offene Gespräche mit den Patienten aus, doch nur ein Drittel der Patienten wird nach Aussagen des Krankenhauspersonals über Verlauf und Prognose der Krankheit korrekt informiert. Über die Hälfte der Krankenhausmitarbeiter sind der - gemäß vorliegenden Untersuchungen wissenschaftlich nicht haltbaren - Meinung, daß sterbenskranke Patienten über den wahren Krankheitsverlauf nicht informiert werden *wollen* und daß die Mitteilung der Prognose einen ungünstigen Einfluß auf den Krankheitsverlauf habe. (George u.a. 1989, 307) Auch Untersuchungen von Field (1989) ergeben, daß noch immer häufig schwerkranken Patienten nicht, unvollständig oder zu spät die Wahrheit über ihren Zustand mitgeteilt wird.

Das Pflegepersonal äußert oft, daß in der Regel sterbende Patienten "ein Wissen" über ihr Sterben hätten. Doch gerade in diesen Fällen ist die verzerrte Kommunikation eine zusätzliche Belastung für die sterbende Person.

Daß Todkranke oder Sterbende entgegen herrschenden Vorurteilen jedoch nicht nur ein korrektes Wissen über ihren Zustand wünschen, sondern dadurch auch "profitieren", ergaben empirische Studien. (70) Die Aufklärung über die Krebsdiagnose führte nach einer Studie (Jonasch u.a. 1989) bei den meisten untersuchten Patienten zu keinen negativen Folgen,

sondern die aufgeklärten Patienten zeigten eine deutliche Steigerung der Hoffnung auf Heilung.

Seale (1991) hat durch einen Vergleich zweier Befragungen von Bezugspersonen von Verstorbenen und von Ärzten und Krankenschwestern in England aus den Jahren 1969 und 1987 festgestellt, daß ein starker Trend in Richtung "Offenheit der Kommunikation" vorliegt. Dies trifft vor allem bei der Diagnose Krebs zu, während sich bei anderen Krankheiten nur ein geringer Wandel der Kommunikationsform zeigte. Es ist anzunehmen, daß die starke Entwicklung der Hospizbewegung in England, deren Schwerpunkt ebenfalls die Versorgung von Krebskranken darstellt, sich hierbei ausgewirkt hat.

Hospiz

Die Hospizbewegung bemüht sich um die Pflege und Begleitung sterbender Menschen.

Die zehn Grundprinzipien eines Hospizes nach Student (1987) sind:

- Der Patient wird nicht isoliert oder gar als Körperteil ("die Niere"), sondern in Zusammenhang mit seinen Angehörigen und Bezugspersonen gesehen.
- Die Fürsorge erfolgt durch ein interdisziplinäres Team.
- Die wichtigen Dienstleistungen müssen, wenn sie gefordert sind, immer zur Verfügung stehen.
- Eine zentrale Aufgabe ist die Schmerzbekämpfung.
- Freiwillige Helfer, also Laien, sind im Team vertreten.
- Es wird versucht, Patienten unabhängig von der Kostenregelung aufzunehmen.
- Die Betreuung endet nicht mit dem Tod des Patienten, sondern bezieht sich auch auf die Trauernden.
- Ärzte oder Ärztinnen sind unverzichtbar, sind jedoch Teil des Teams und haben damit nicht die dominierende Rolle wie im Krankenhaus. (71)
- Die Kooperation mit Hausärzten, Kliniken und ambulanten Pflegediensten ist erwünscht.
- Die Hauspflege und das Sterben in der gewohnten Umgebung wird in vielen Fällen durch stationäre Rückendeckung ermöglicht.

Um 1960 gab es einige wenige katholische Hospize in England. Als Beginn der Hospizbewegung wird die Gründung des St. Christopher's Hospiz' 1967 in London durch Cicely Saunders angesetzt.

Bis 1980 entstanden 62 Hospize, 1991 waren es bereits 430 in Großbritannien.

Es hat sich eine Routinisierung und teilweise eine Bürokratisierung ergeben, die Hospize stehen stärker unter dem Einfluß des medizinischen Systems. Die Professionalisierung führt auch zu einer gewissen Distanzierung und zur Gestaltung neuer Helferrollen.

Nach wie vor ist die Art der Krankheit und die Auswahl der Patienten ein Problem. Hospize haben sich bisher primär um Krebskranke gekümmert.

Die Hospizbewegung ist unter anderem ein Versuch, den Ärzten einen Teil der Kontrolle über das Sterben zu entreißen und eine Gruppenkontrolle durch die sterbende Person bzw. ihre Bezugspersonen und eine Helfergruppe zu installieren, wobei andere Professionelle wie z.B. Priester, Krankenpflegepersonal oder Sozialarbeiter in diesem Prozeß zusätzliche Steuerungschancen erhalten. (Rinaldi/Kearl 1990)

Das Interesse, die eigene Sterbesituation gemäß den persönlichen Wünschen zu gestalten, ist jedenfalls im Steigen begriffen.

Somit sind zwei scheinbar sich widersprechende Entwicklungen wahrscheinlich: Für die Mehrzahl der Menschen wird das Sterben in sich perfektionierenden Großorganisationen stattfinden, dagegen wird eine (wachsende) Minderheit unter informelleren und die persönlichen Bedürfnisse stärker berücksichtigenden Bedingungen ihr Leben beenden. (72) Eine Zunahme der Hospize und ähnlicher Organisationen für Schwerkranke und Sterbende ist also zu erwarten. Die Hospizbewegung konnte sich bisher in den angelsächsischen Ländern besser entfalten als in Kontinentaleuropa, da sie dort auf eine geringere zentralstaatliche Kontrolle und eine traditionell stärkere „Vergemeinschaftung“ im kommunalen Bereich stieß. Doch sie breitet sich allmählich auch in den übrigen europäischen Ländern aus.

Massenmedien

Durch die Massenmedien wird das Reich der Lebenden mit dem der Toten integriert. Einerseits werden Tote zum Leben erweckt, andererseits wird die Welt der Lebenden zu einer "Scheinwelt" degradiert, wie manche behaupten, und zwar in doppelter Weise, nicht nur durch die Produktion von Realität in Film und Fernsehen, sondern auch durch die massenmedial getönte Betrachtung der "realen Realität", die oft enttäuschend wirkt, wenn man sie mit der "Hyperrealität" der Medien vergleicht.

Primärerfahrungen mit dem Tod von Bezugspersonen sind in modernen Gesellschaften selten geworden. Sekundärerfahrungen, vor allem vermittelt über Massenmedien, ergeben sich dagegen in inflationärer Weise. Primärerfahrung wurde folglich durch Sekundärerfahrung ersetzt.¹⁹ Doch man darf nicht vergessen, daß es sich hierbei um ein universales - nicht auf den Todesbereich beschränktes - Charakteristikum moderner Gesellschaften handelt, daß die Möglichkeiten der meisten Menschen, im traditionellen Sinne Primärerfahrungen zu machen, insgesamt abgenommen haben, während die Sekundärerfahrungen explosiv zugenommen haben: Umgang mit Nutztieren, Feldarbeit, Naturgewalten ausgesetzt sein, physische Aggressionen zeigen und ihnen ausgesetzt sein, frieren, hungern etc. Um einer kulturkritischen Pauschalbewertung gleich die Spitze zu nehmen: In vielen Fällen, z.B. was Krieg, Hunger oder Sterben von Säuglingen betrifft, wird der Verlust der Primärerfahrung als Segen empfunden. Das Überwiegen von Primärerfahrung bedeutet auch keineswegs notwendig "realitätsgerechteres Verhalten", es bedeutet nur andere und häufig auch engstirnigere, dogmatische Realitätskonstruktion. Die modernen Medienkinder sind im Vergleich zu den Angehörigen sogenannter Primitivkulturen, die bekanntlich sehr "primär" gelebt haben, "Realisten". Australische Ureinwohner ohne Medien waren "Fantasten", in Magie befangen. Vermittelt also Sekundärrealität ein erfolgreicherer und letztlich exakterer Wirklichkeitsbewußtsein als Befangensein in Primärrealität? (73)

Außerdem ist die Konstruktion von Sekundärrealität keineswegs auf die Moderne beschränkt. In allen Hochkulturen wurden Menschen von der einengenden Alltagsrealität freigestellt, weil man dadurch wahre bzw. herrschaftsfördernde Erkenntnisse erwartete - Priester, Könige, Gelehrte, Mönche. Sie erlebten Realität medial, meditierten, ließen sich berichten, lasen.

¹⁹ Die Termini "Primärerfahrung" und "Sekundärerfahrung" sind relativ grobe analytische Konstrukte. Tatsächlich liegt ein Erfahrungsfeld vor, das mehrdimensional und person- und situationsspezifisch bewertet werden müßte. Die Erfahrungsqualität ergibt sich also nicht einfach durch das Medium.

Religion, Kunst und andere Formen der Kulturproduktion sind als Ablösungsprozesse von unmittelbarer Erfahrung und als soziale Konstruktionen zu verstehen. Die Massenmedien stehen in dieser Kulturtradition.

Doch die Beobachtung, daß die Massenmedien die Fantasie mit Bildern des gewaltsamen und frühzeitigen Todes anreichern, wird von vielen als soziales Problem definiert. Werden Menschen dadurch gewaltbereiter und "todesmutiger" und/oder zur Selbstkontrolle und zur Vorsicht erzogen? Haben diese Fantasien kompensatorischen Charakter für den zivilisierten affektkontrollierten modernen Menschen? Wird dadurch ein kollektives Aggressionspotential erhalten, das dann jeweils gemäß gesellschaftlicher Anforderungen, z.B. in kriegerischen Auseinandersetzungen, "transformiert" wird? Die Medienwirkungsforschung gibt keine eindeutigen Antworten (vgl. Kunczik 1993 a,b). In einer amerikanischen Untersuchung an Studenten ergab sich eine Polarisierung bei der Beantwortung der Frage, ob kleine Kinder gewaltsame Todesdarstellungen im Fernsehen sehen sollten (Wass et al. 1989). Dieser Konsensmangel von gebildeten Laien entspricht dem der Experten.

Negative Wirkungen der massenmedialen Todesvermittlung werden aufgrund der "nicht-realitätsgerechten" Darstellungen häufig behauptet, doch es könnten auch positive Wirkungen auftreten. Daß Kinder in modernen Gesellschaften das Sterben durch die Massenmedien und über Erfahrungen mit Personen, deren Tod sie nicht traumatisiert, erleben, könnte tendenziell bewirken, daß sie auch als Erwachsene dem Tod angstfreier als Menschen in früheren Zeiten, etwa um die Jahrhundertwende und früher, begegnen. Diese These widerspricht der häufig zu lesenden und zu hörenden Alternativthese von der direkten, gemeinschaftsbezogenen Teilnahme der Kinder an Sterbe- und Todesriten in traditionellen Gesellschaften und der damit verbundenen Akzeptanz des Todes.

Eine weitere positive Wirkung der Medien sei genannt. Die Massenmedien haben in beeindruckender Weise das Gewaltpotential, das in den Atomwaffen schlummert, offengelegt und damit entscheidend zu einer Stärkung der Friedensbewegungen beigetragen. Auch die ökologischen Bewegungen und die Entstehung eines Umweltbewußtseins in den westlichen Industriestaaten, das sich gegen regionale und globale Lebensvernichtung wendet, verdanken ihre Massenbasis den Medien. (74)

Formen des Sterbens

Der natürliche und der gewaltsame Tod

Tod und Sterben werden kulturell und sozial geformt. Schon die Krankheiten, die als hauptsächliche Todesursachen in einer Gesellschaft auftreten, sind von wirtschaftlichen, technischen und sozialen Bedingungen in ihrer Verteilung abhängig. Der Lebensstandard, die soziale Ungleichheit, die staatlichen Schutzsysteme und viele andere Faktoren beeinflussen Lebenslänge und Lebens- und Sterbequalität. Sogar der Selbstmord, auf den ersten Blick ein einsames individuell bestimmtes Ereignis, hat seine gruppenspezifischen und strukturellen Muster. Phillips und Feldman (1973) haben anhand einer Untersuchung an berühmten Menschen festgestellt, daß diese im Monat vor dem Geburtstag signifikant seltener als erwartet und in den beiden Monaten nach dem Geburtstag signifikant häufiger als erwartet starben.

Sterben und Tod sind, auch wenn es keinen "Täter" gibt, durch gesellschaftliche Kräfte geformt. (75)

Der gewaltsame Tod

Das starke Interesse am gewaltsam verursachten Tod kann als universales Vorstellungsmuster angesehen werden, wie es schon im Kapitel über "Sterben und Tod in verschiedenen Kulturen" ausgeführt wurde.

Counts und Counts (1992, 286 ff) teilen Kulturen danach ein, ob die überwiegende Mehrzahl der Sterbefälle als "gewaltsam" oder "natürlich" verursacht angesehen wird.

Wird der Tod als "gewaltsam" angesehen, dann gilt er in der Regel auch als verfrüht und als integrationsbedrohend. Schuldgefühle, Schuldzuweisungen und Rachevorstellungen treten auf. Jedenfalls sind soziale Ausgleichshandlungen notwendig, vor allem wenn der Tote in einer Gemeinschaft der Toten integriert werden soll.

Wird der Tod primär als "natürlich" angesehen, dann ergibt sich eher eine fatalistische und affektkontrollierte Haltung. Intensive emotionale Traueräußerungen werden als unangemessen abgelehnt.

In der abendländischen Kultur waren immer Vorstellungen des gewaltsamen und natürlichen Todes vorhanden. Doch je nach Art der Ereignisse und kulturell-sozialem Entwicklungsstand wurden bestimmte Vorstellungsmuster dominant.

Die Judenpogrome und die Suche nach Brunnenvergiftungen beim Auftreten der Pest in Europa in der Mitte des 14. Jahrhunderts wie auch die generalisierenden Vorstellungen, daß solche Seuchen oder Kriege den Menschen als Strafe Gottes gesandt seien, weisen auf eine Dominanz der Gewaltvorstellung hin. Ähnliche Vorstellungen (z.B. Strafe Gottes) kehrten beim Auftreten von AIDS in den Massenmedien und auch im Bewußtsein vieler Menschen wieder. Allgemein besteht die Bereitschaft, zumindest unerwartete Todesfälle personalen und gewalttätigen Ursachen zuzuschreiben. Auch der "Kampf gegen den Krebs" und die Vorliebe für Ansteckungsmodelle bei der Erklärung von Krankheiten wurzeln in traditionellen Konzepten des gewaltsamen Todes.

Prior (1989) weist darauf hin, daß die Definition des gewaltsamen Todes sich in den letzten hundert Jahren verändert hat. Am Ende des vorigen Jahrhunderts wurde noch "strukturelle Gewalt" wie Hunger, Vernachlässigung und körperliche Überforderung durch Arbeit als Teil des gewaltsamen Todes klassifiziert. Ab der Mitte des 20. Jahrhunderts setzte sich ein enger Begriff von Gewalt durch, nämlich die direkte persönliche Gewalteinwirkung. Gewalt wurde also nur dann in der Todesdefinition aufgenommen, wenn durch legitimierte Autoritäten festgestellt werden konnte, daß von einzelnen Personen die Absicht einer direkten Gewaltanwendung vorhanden war, die auch zu dem Tod einer Person geführt hatte. (76)

Ein spezifischer und soziologisch interessanter Aspekt des kulturellen Verständnisses von Tötung bzw. Lebensminderung läßt sich am Phänomen der *Geburtenregelung* darstellen.

In den verschiedenen Kulturen und historischen Epochen wurden jeweils in Anpassung an Umweltbedingungen und gemäß bevölkerungspolitischer und -ideologischer Anforderungen verschiedene Maßnahmen zur *Selektion* eingesetzt: sexuelle Tabus, Verwandtschaftsregelungen, Familienorganisation, Vererbungsregeln, Enthaltensamkeitsnormen, Abtreibung, Kindestötung, soziale Diskriminierung und andere. (Harris und Ross 1987).

Selektion wird etwa durch verschiedene Formen der Verhinderung von Schwangerschaft, der Abtreibung, des wahrscheinlichen Schwangerschaftsabbruchs und der Kindestötung bzw. Kindesvernachlässigung geübt. Hierbei ist teilweise nicht feststellbar, wieweit es sich um Bräuche, individuell bewußte Aktionen oder unbewußt eingespielte kollektive Verhaltensweisen handelt.

Die Normen, wann ein Kind als Individuum, als Mensch, als Mitglied einer kulturellen Gemeinschaft, als Mitglied einer Familie etc. angesehen wird, schwanken sehr stark. Auch in den Industriestaaten sind diese Normen keineswegs einheitlich.

Die Römer forcierten teilweise eine pronatalistische Politik. Cäsar verbot jungen Frauen, die unverheiratet und kinderlos waren, wertvollen Schmuck zu tragen und führte Belohnungen für große Familien ein. Auch die griechischen Stadtstaaten verfolgten teilweise eine pronatalistische Politik. In Sparta wurde gewollte oder öffentlich befürwortete Kinderlosigkeit bestraft.

Allerdings gab es ebenfalls anti-natalistische politische Bestrebungen sowohl in griechischen Stadtstaaten als auch im römischen Reich, vor allem wenn Überbevölkerung in bestimmten Bereichen als belastend empfunden wurde. Als in Rom das Proletariat immer mehr anwuchs und aus den Landgebieten immer mehr verarmte Bauern in die Großstadt strömten, verbreiteten sich anti-natalistische Einstellungen.

Ob Liberalität oder Tendenz zur Bestrafung gegenüber Homosexualität und Kindesmord vorherrschten, kann als ein Indikator für die jeweiligen pro- oder anti-natalistischen Einstellungen angesehen werden und hängt von den jeweiligen bevölkerungspolitischen Bedingungen ab. Als das römische Reich sich in einer Dauerkrise befand und Entvölkerung einsetzte, teilweise aufgrund von Epidemien, Hungersnöten und politischen Wirren, wurde Homosexualität und Kindesmord immer stärker unter Strafe gestellt.

Im Christentum traten widersprüchliche Wertvorstellungen auf, d.h. sowohl pro- als auch anti-natalistische Tendenzen. Einerseits wurde Jungfräulichkeit, Zölibat und Keuschheit gefeiert und als höherwertig angesehen als sexuelle Betätigung, andererseits wurde ordnungsgemäße die Fortpflanzung fördernde sexuelle Betätigung in der Ehe gefordert.

Pronatalistische christliche Ideologien verstärkten sich, als sich die Kirche mit Staatsinstitutionen verband. Durch die Verringerung der Bevölkerung im westlichen Teil des römischen Reiches wurden diese pronatalistischen Tendenzen entsprechend gefördert. (77) Da die Kirche außerdem schon im frühen Mittelalter ein bedeutsamer Landbesitzer wurde und Arbeitskräfte benötigte, war ebenfalls ein Interesse an einer Bevölkerungsvermehrung vorhanden.

Andererseits wurden im Laufe des Mittelalters immer stärkere Tabus gesetzt, die eine Fortpflanzung unter bestimmten Bedingungen erschwerten oder als falsch hinstellten. Verwitwete sollten nicht heiraten und auch zwischen verschiedenen Verwandten wurde die Heirat als schlecht gebrandmarkt. Ebenfalls wurde Scheidung und Vielweiberei verurteilt.

Dies sind anti-natalistische Einstellungen. Das Interesse des kirchlichen Establishments bestand darin, immer mehr Güter zu akkumulieren, die teilweise über Schenkungen von alleinstehenden, wohlhabenden Personen erfolgten. Die Wahrscheinlichkeit solcher Schenkungen wuchs mit der Einhaltung anti-natalistischer Gebote, da dadurch die Wahrscheinlichkeit weltlicher Erbschaftsansprüche verringert wurde. Die gleichen Akkumulationsinteressen verbanden sich mit der Forderung des Zölibats.

Kindestötung wurde in Europa seit dem Niedergang des römischen Reiches bis ins 19. Jahrhundert praktiziert. Offiziell war es ein Verbrechen, doch vor allem die indirekten Formen entzogen sich der öffentlichen Kontrolle.

Eine Form war das Ersticken des Kindes durch die Mutter im Schlaf. Da alle Personen eng aneinander liegend auf dem Boden schliefen, war dies ein durchaus möglicher Unglücksfall. Eine zweite Form, das Kind loszuwerden, bestand darin, es einer fremden Frau zu geben, die als Amme diente. Eine dritte Form war das Aussetzen des Kindes. Aufgrund der großen Anzahl an Waisenkindern mußten Waisenhäuser eingerichtet werden, in denen die Sterblichkeit sehr hoch war. Bei Hungersnöten und Epidemien starben vorrangig Säuglinge und kleine Kinder.

Es ist eine relativ junge Errungenschaft in den hochindustrialisierten Staaten, daß sowohl ein rechtlicher als auch ein faktischer Schutz für Säuglinge und ihr Überleben garantiert werden kann.

Der natürliche Tod

Was ist der "natürliche" Tod?

Der natürliche Tod wird häufig als der Tod definiert, der nicht gewaltsam und nicht "frühzeitig" erfolgt. In modernen Lexika wird der natürliche Tod als Tod aus "innerer Ursache" gegenüber dem unnatürlichen Tod "durch äußere Einwirkung" festgelegt.

Das Konzept des "natürlichen Todes" kann deskriptiv gemeint sein, doch die normativen Komponenten sind wie beim Konzept des "gewaltsamen Todes" häufig dominant.

"Diese Wertvorstellung verlangt, daß Leben erhalten werden soll, daß alle nicht-natürlichen Todesursachen ausgeräumt werden." (Fuchs 1979, 82) (78)

Trotz einer genetisch festgesetzten Lebensgrenze, die im normativen gesellschaftlichen Diskurs aufgrund der gentechnischen Fortschritte zunehmend eine bedeutsame Rolle spielen wird, ist das konkrete Sterben eines Menschen jeweils gesellschaftlich produziert. Außerdem

sind biologische und genetische Grenzen überwindbar und an der Überwindung dieser zentralen Schranken wird bereits fieberhaft gearbeitet. Werden sie überwunden, dann wird sich das Konzept des "natürlichen Todes" wahrscheinlich als wichtiger Kampfbegriff in den Auseinandersetzungen der betroffenen Gruppen erweisen.

Man könnte übrigens auch den vorindustriellen Zustand als die Epoche des "natürlichen Todes" bezeichnen, da die meisten Tierpopulationen wie auch Menschenpopulationen bisher durch eine hohe Sterblichkeit bei der Geburt und in der Kindheit charakterisiert sind und erst durch massive kulturelle Eingriffe die heutige Form des Lebens und Sterbens erreicht wurde. Nach dieser Auffassung ist die derzeitige Epoche die Zeit des nicht-natürlichen, sozial und technisch hergestellten Todes.

Der Begriff des natürlichen Todes hatte ursprünglich eine aufklärerische und emanzipatorische Stoßrichtung bzw. er kann als Ergebnis des Prozesses der Verweltlichung der Todesvorstellungen angesehen werden (Vgl. Ariés 1982)

"..gegen das magisch-religiöse Todesbild gewendet besteht der Begriff des natürlichen Todes auf dem Tod als einer natürlichen, einer weltimmanenten Kategorie." (Fuchs 1979, 76)

Freilich übt Fuchs selbst Kritik an diesem Konstrukt, indem er die Bedingungen medizinischer Praxis reflektiert:

"..einerseits soll das Leben um jeden Preis und auf jeden Fall erhalten werden, andererseits verlangt der Begriff des natürlichen Todes langsames Verlöschen der Lebenskräfte an der von Natur gesetzten Marke." (184)

"Von der Natur gesetzte Marken" sind für den aufgeklärten wissenschaftlich geschulten Menschen eine Herausforderung zur Änderung, da nicht nur die Religion sondern auch "die Natur" der Entzauberung und Rationalisierung "zum Opfer gefallen ist".

Fuchs selbst meint:

"Erst gesellschaftliche Praxis muß die Lebensspanne herstellen, die den Menschen als Spezies zukommt, die Natürlichkeit des Todes ist nur als eine sozial produzierte zu denken." (72)

Todesvorstellungen, ob als "natürlich", "gewaltsam" oder anders definiert, haben immer normativen Charakter, wobei sie auf ihre Herrschaftskomponenten geprüft werden sollten. Die "Garantie des natürlichen Todes" (mit hoher Wahrscheinlichkeit) wird zu einem Herrschaftsmittel, da nur der moderne, reiche Industriestaat seinen leistungsorientierten konformen Bürgern den massenhaften 'natürlichen Tod' liefern kann.

Illich (1977) hat sich in polemischer Weise gegen die "Ideologie des natürlichen Todes" gewandt. Sie fördere die Diktatur der Medizin über die Sterbenden. Der "natürliche Tod"

werde in Krankenhäusern unter Kontrolle einer ihre Macht steigernden professionellen Klasse hergestellt. (79)

Doch auch nüchtern argumentierende Autoren, wie Pflanz (1969) und Bauman (1994), haben darauf hingewiesen, daß immer seltener "aufgrund natürlicher Ursachen" gestorben wird, da die konkreten Todesfälle immer komplexer medizinisch, psychologisch, soziologisch etc. erklärt werden (können), also die Konstruktion der Todesursachen einem sozialen Wandel unterworfen ist.

Verwissenschaftlichung und Rationalisierung im Dienste einer Lebensmaximierung führen notwendigerweise zu Eingriffen in die Lebenschancen von Personen und Gruppen. Lebensdauer und damit wahrscheinlicher Zeitpunkt des Todes werden somit immer mehr der Kalkulation und damit auch der Manipulation unterworfen. Von einem "natürlichen Tod" zu sprechen, dürfte dieser modernen Art des gelenkten Lebens und Sterbens immer weniger angemessen sein.

Das soziale Sterben

Leben und Sterben ist ein natürlicher Prozeß, der durch einen sozialen Prozeß überformt wird. Der Beginn des individuellen 'natürlichen' Lebens, der selbst sozial und kulturell mitbestimmt ist, fällt in vielen Kulturen nicht mit dem Beginn des sozialen Lebens zusammen. Neuempfangene und auch Neugeborene müssen durch festgesetzte Anerkennungshandlungen oder Riten in die Gemeinschaft aufgenommen werden, um dann normativen Schutz zu erhalten.

Die heftigen Kontroversen um die Abtreibung zeigen, daß auch in modernen Gesellschaften immer ein Streit um den *Beginn des sozialen Lebens* geführt wird, wobei die Versuche der "objektiven Legitimation" über naturwissenschaftliche Erkenntnisse ebensowenig zu einer Schlichtung des Streites führen wie die früheren religiösen Rechtfertigungsformen.

Aus einer von Autoritäten, z.B. Naturwissenschaftlern oder Ärzten, gesetzten Bestimmung des Beginns physischen menschlichen Lebens kann - jedenfalls wissenschaftlich - der Beginn sozialen Lebens nicht abgeleitet werden. So wie der Beginn des sozialen Lebens nicht durch den (sozial definierten!) Beginn des physischen Lebens determiniert ist, besteht auch eine Differenz zwischen dem physischen und sozialen Lebensende. (80)

Man kann Kulturen danach einteilen, ob sie die Hauptphase des sozialen Sterbens vor oder nach den physischen Tod verlegen. Für eine säkularisierte Gesellschaft ist es erforderlich, das soziale Sterben zumindest teilweise vorzuverlegen. In traditionellen Kulturen fand das soziale Sterben nach dem in der Regel plötzlichen und unerwarteten Tod statt. Der Tod des Individuums war somit immer der Anlaß zu kollektiven sozialen Sterbefeiern, zu einer Wiederherstellung der sozialen Ordnung, in der Regel durch Verdopplung der sozialen Wirklichkeit (Reich der Lebenden und Reich der Toten).

Obwohl es sich um ein äußerst interessantes kulturelles und soziales Phänomen handelt, wurde das soziale Sterben bisher sozialwissenschaftlich selten bearbeitet. (Vgl. Feldmann 1990; Mulkay/Ernst 1991; Weber 1994; Feldmann 1997) Der Ausdruck "soziales Sterben" wird in der Fachliteratur nicht einheitlich verwendet. Einige Bedeutungen seien hier aufgelistet:

Der physisch Sterbende kann kurz vor seinem Lebensende von anderen wie ein Toter behandelt werden (Sudnow 1973, 96 ff). Angehörige, Krankenschwestern oder Ärzte sprechen vor dem - ihrer Meinung nach bewußt- und wahrnehmungslosen - Sterbenden, als stünden sie vor einer Leiche.

Auch aus anderen Gründen kann jemand für physisch und sozial tot erklärt werden. Wenn ein solcher "Totgesagter" nach langer Zeit wieder auftaucht, wie es etwa nach Kriegen häufiger vorkam, so ergeben sich notwendigerweise Interaktionsprobleme. Seine 'soziale Stelle', die Positionen und Rollen, die er eingenommen hat, sind in der Regel 'besetzt' oder 'aufgegeben'. Wenn er nicht auf jemanden trifft, z.B. seine Frau oder seine Mutter, die mit ihm - in der Nische der Phantasie - weiterkommuniziert haben, also eine fiktive Interaktion beibehalten haben, muß er - wie ein Fremder - neu beginnen. (81)

Starke Verluste an "sozialem Kapital" (Rollen, Beziehungen, sozialer Anerkennung etc) können als soziales Sterben bezeichnet werden.

Personen, die keinen anerkannten "Vollstatus" haben, z.B. Sklaven, können als "sozial Tote" angesehen werden (Patterson 1982).

In verschiedenen afrikanischen Kulturen verließ man sich nicht auf das faktische Herausreißen des Sklaven aus seinem sozialen Kontext, sondern durch Rituale mußte er aus seinem Verwandtschafts- und Ahnensystem gelöst werden und dem eigenen System - allerdings als Fremder oder Nicht-Person - angeschlossen werden.

Die Rituale der sozialen 'Entkleidung' wurden von Goffman (1974) auch in modernen totalen Organisationen, wie Gefängnissen und psychiatrischen Anstalten, festgestellt und analysiert. Es gibt für diese 'modernen Sklaven' allerdings keinen eindeutigen Herrn mehr. Die Gesellschaft oder die Organisation als anonyme Macht, durch Stellvertreter personalisiert, übt Gewalt aus. In 'totalen Institutionen', z.B. psychiatrischen Anstalten oder Gefängnissen, erfolgt häufig der '*civil death*' nach Goffman (1974), eine gravierende Form des sozialen Todes: Verlust bzw. Reduktion politischer, ökonomischer und sozialer Funktionen (z.B. der Möglichkeit, über Geld zu verfügen, zu heiraten, Kinder zu bekommen und zu betreuen, einen Beruf zu ergreifen). Der einzelne wird seiner Privatheit entkleidet. Der Körper des Insassen wird einer öffentlichen Kontrolle unterzogen. Zeit- und Ortseinteilung können nicht mehr von ihm bestimmt werden. Die 'Territorien des Selbst' werden verletzt, ja im Extremfall vernichtet. (82)

Nach Goffman werden "Nicht-Personen" so behandelt, als wären sie als Personen oder Normal-Personen nicht anwesend (z.B. Sklaven, Diener, Fremde, sozial Verachtete). Die Qualität der sozialen Existenz von Menschen ist nicht konstant, sie kann sich unter Umständen schnell verändern. Ein plötzliches Versagen sozial wesentlicher Körperfunktionen kann dazu führen, daß das Individuum wie eine Sache behandelt wird.

Personen, die z.B. aufgrund einer gehirnerstörenden Krankheit ihre Bezugspersonen und auch sich selbst nicht mehr sozial korrekt erkennen, können als psychisch oder sozial Sterbende bezeichnet werden (Fontana/Smith 1989).

Der »*psychogene Tod*« oder »*voodoo death*« (Stumpfe 1986; Schiefenhövel 1993, 33 f) ist durch Selbstaufgabe, 'Abschalten des Lebenswillens', Anerkennen eines sozialen Sterbebefehls oder von Zauberei gekennzeichnet. Der Todeskandidat lebt in einer »geschlossenen Lebenswelt« und akzeptiert sein »Todesurteil«, das durch eine äußere oder innere Autorität verkündet wird. Man könnte diesen sozial induzierten Tod als eine Mischform zwischen »altruistischem Selbstmord« (Durkheim) und »altruistischem Mord« ansehen, somit wäre auch eher der Ausdruck »soziogener Tod« angemessen.

Ein Beispiel bietet "der Untergang der Moriori der Chatham Inseln, die von den Maori 1835 erobert wurden: von den 2000, die sie gewesen waren, wurden sie auf 25 reduziert...Die Maori sagten: 'Nicht durch die Zahl derer, die wir selbst getötet haben, sind sie derart zurückgegangen. Sondern, als wir sie zu Sklaven gemacht hatten, haben wir sie sehr oft morgens in ihren Häusern tot gefunden. Der Verstoß gegen ihr eigenes *tapu* (die Pflicht, Handlungen vorzunehmen, die ihr *tapu* entweihen würden) hat sie getötet.'" (Mauss 1978, 193 f)

Das soziale Leben (und Sterben) vollzieht sich in Stufen und Übergangsritualen, manifestiert sich in Positions- und Rollenwechseln, in Statusgewinn und -verlust, und war in den meisten

Kulturen mit dem physischen Tod keineswegs beendet. Nach dem physischen Tod findet in verschiedenen Kulturen eine Übergangsphase, in der Regel vom Reich der Lebenden in das Reich der Toten, statt, die als soziales Sterben bezeichnet werden kann (Hertz 1907; Metcalf/Huntington 1991).

Das soziale Leben des physisch Gestorbenen kann einige Zeit noch in der Gemeinschaft der Lebenden stattfinden und nach der Übergangszeit wird er in der Gemeinschaft der Toten aufgenommen. (83)

Streckeisen u.a. (1992) meinen, daß der Terminus sozialer Tod nur im Zusammenhang mit dem unwiderruflichen Ende der sozialen Existenz verwendet werden sollte. Sozialer Tod wäre sonst eine Metapher, denn es ginge dann nur um gesellschaftliche Marginalisierungsprozesse oder Rollenverlust.

Daß es trotz großer Machtfülle und Skrupellosigkeit schwierig ist, ein unwiderrufliches Ende der sozialen Existenz eines Verhaßten zu erreichen, zeigen die Versuche der physischen und sozialen Vernichtung mißliebiger Personen, die dann rehabilitiert wurden. Andererseits werden berühmte Personen, deren physische Existenz beendet ist, bekanntlich mit hohem Aufwand sozial am Leben erhalten oder auch nach längerer Zeit wieder "erweckt". Somit ist also das physische Ende sicher ein bedeutsames soziales Faktum, innerhalb unserer Kultur auch ein "natürliches Ereignis", doch es sind sowohl im Bewußtsein moderner als auch nicht-moderner Menschen verschiedene Formen des Sterbens repräsentiert. Eine soziologische Diskussion sollte nicht durch eine bestenfalls naturwissenschaftlich begründbare Reduktion dieser Vielfalt normativ bestimmt werden.

Daß das soziale Sterben in vielen kulturellen Situationen für bedeutsamer gehalten wurde als das physische Sterben, läßt sich an sozial vorgeschriebenen Morden und Suiziden belegen. Daß das physische Sterben weniger bedeutsame soziale Konsequenzen haben kann als das soziale Sterben, soll nur an einem empirischen Ergebnis belegt werden: Trennung durch Scheidung hatte nach einer amerikanischen Untersuchung auf die Kinder größere und dauerhaftere negative Auswirkungen als Verlust eines Elternteils durch den Tod (Bendixen/Fulton 1975).

Kamerman (1987) nennt die sozialen Sterbeerfahrungen "quasi- death experiences": die intensive Trauer bei Scheidung, Pensionierung, Verlust der Heimat, Verlust der Möglichkeit der Ausübung des gewohnten Berufes und ähnliche schwerwiegende Veränderungen im Leben. Soziales Sterben wird frühzeitig eingeübt durch die Schwankungen im Status innerhalb von Gruppen, den Verlust von Rollen, durch Wechsel von Orten und

Organisationen und viele andere Erfahrungen von (tatsächlichem oder antizipiertem) sozialem Verlust.

Nach Fuchs (1979, 196) „wäre die Entlassung aus dem Arbeitsprozeß so etwas wie eine soziale Todeserklärung, eine entfernte und höchst vermittelte Fortsetzung der Übung, die Alten zu töten.“ (84)

Wenn alte Menschen ausgegrenzt und marginalisiert werden, so versuchen sie, entweder durch verschiedene Maßnahmen ihre Zuordnung zur Gruppe der „Alten“ zu vermeiden oder sich zumindest gegenüber den passiven, hilflosen und pflegebedürftigen alten Menschen abzugrenzen (vgl. Hockey 1985), sie verstärken also Klasseneinteilungen innerhalb der Gruppe der alten Menschen, z.B. zwischen den "Rüstigen" und den "Abgebauten" (Streckeisen/ Vischer/ Gross 1992, 489).²⁰ Sie wollen nicht mit dem "Tod", der der Abstiegs-Gruppe zugeordnet wird, stigmatisiert werden.

"Altern" und "soziales Sterben" sind zwar häufig parallelisiert, sollten jedoch nicht gleichgesetzt werden. Soziales Sterben ist kein physiologisch oder biologisch definierbarer Vorgang, sondern bezieht sich auf die soziale Identität, auf Rollen und die Teilnahme an institutionellen und organisatorischen Aktivitäten. Alte Professionelle oder Politiker, die noch hochbewertete Tätigkeiten durchführen, sind oft sozial lebendiger als junge Menschen, die sich in Haftanstalten oder psychiatrischen Kliniken befinden.

Das soziale Sterben des Individuums wird bestimmt von Institutionen, Organisationen, gesellschaftlichen Gebilden und kulturellen Traditionen. In der Regel sind diese sozialen und kulturellen Gebilde langlebiger als die Individuen, doch manche dieser gesellschaftlichen "Wesen" "sterben" auch zu Lebzeiten der Individuen, z.B. konkrete Familien oder Organisationen. Das soziale Sterben des Individuums ist also eingebettet in dieses komplexe Werden und Vergehen gesellschaftlicher Systeme, Institutionen und Organisationen.

In der Marienthal-Studie wurde der soziale Niedergang einer Gemeinde und vieler ihrer Mitglieder beschrieben, wobei ökonomische Schwierigkeiten (Arbeitslosigkeit) die zentrale Ursache des kollektiven sozialen Sterbens darstellten (Jahoda u.a. 1975). Die Autoren sprechen von der "müden Gemeinschaft", der "Schrumpfung des psychologischen Lebensraumes" und dem "Zusammenbruch der Zeitstruktur".

"Mit apathischer Indolenz läßt man den Dingen ihren Lauf, ohne den Versuch zu machen, etwas vor dem Verfall zu retten...Es werden keine Pläne gemacht, es besteht keine Hoffnung....In dieser Gruppe finden wir die Trinker des Ortes. Die Familie zeigt Verfallserscheinungen, es gibt viel Streit / Betteln und Stehlen sind häufige Begleiterscheinungen. Nicht nur für die weitere Zukunft, schon für die nächsten Tage und Stunden herrscht völlige Planlosigkeit." (71 f) (85)

²⁰ Sichtbare Zeichen eines körperlichen Kontrollmangels, wie z.B. Inkontinenz oder Zittern, führen häufig zu einer generellen Abwertung der Person.

Arbeitslosigkeit und Pensionierung können, aber müssen nicht gravierende Formen des sozialen Sterbens sein. Tritt kein gravierender Einbruch im sozialen Haushalt (Positionen, Rollen, Netzwerkteilnahme, Interaktionsqualität etc) ein, dann handelt es sich nicht um einen sozialen Sterbeprozess.

Soziales Sterben ist in modernen Gesellschaften teilweise normativ fremdbestimmt, z.B. Pensionierung, Haftstrafen, Einweisung in psychiatrische Kliniken, teilweise ein Interaktionsgeschehen, z.B. Scheidung oder Isolation alter Menschen in ihrer Wohnung.

Die Ausgliederung aus einer Gemeinschaft oder aus Organisationen kann auch Chancen zur Eingliederung in andere Lebenszusammenhänge bieten. Viele Selbsthilfegruppen haben die Funktion, marginalisierten, abgedrängten Personen soziale (Über)Lebensmöglichkeiten zu bieten. Soziales Sterben kann den Übergang zwischen sozialen Räumen, Gruppen, Institutionen und anderen Gebilden fördern.

Der zentrale Unterschied zwischen sozialem und psychischem Sterben liegt im Anteil der Fremddefinition. Das soziale Sterben ist primär durch andere Personen oder institutionell definiert, während das psychische Sterben primär durch die Person selbst bestimmt wird. Ein weiterer Unterschied besteht in der personalen bzw. strukturellen Definition. Psychisches Sterben ist primär personal und soziales Sterben primär strukturell und institutionell bestimmt.

Das soziale Sterben ist prinzipiell *reversibel*. Tatsächlich können auch schwerwiegende Formen des sozialen Todes rückgängig gemacht werden, z.B. wenn etwa ein Gefängnisinsasse nach vielen Jahren aus dem Gefängnis entlassen wird. Ein modernes Individuum kann - je nach kultureller Konstruktion und verfügbaren Ressourcen - mehrere soziale Sterbeprozesse durchlaufen.

Fremdbestimmte soziale Identitätskonstruktion kann auch ein soziales Weiterleben ermöglichen, das aufgrund psychischen und physischen Verfalls sonst kaum mehr möglich wäre. (86) An der Alzheimerschen Krankheit Leidende sterben psychisch (und physisch), ihr Selbstbewusstsein wird zerstört, doch durch die pflegenden Bezugspersonen wird eine sozial konstruierte fremdbestimmte Identität aufrechterhalten, freilich oft verbunden mit schweren Beziehungsbelastungen für diese Bezugspersonen (Vgl. Fontana/ Smith 1989).

Da die Mehrzahl der Menschen in Industriestaaten heute in Krankenhäusern oder Pflegeheimen sterben, sind die bürokratischen Verarbeitungsmechanismen dominant. Die

Feststellung des physischen Todes wird meist auch mit dem sozialen Tod gleichgesetzt. Die Pflegekräfte vergessen den Toten möglichst rasch und löschen meist jede Erinnerung. In Krankenhäusern, in denen medizinische, naturwissenschaftliche und bürokratische Ideologien die Kommunikation dominieren, gilt die Vorstellung der sozialen Existenz eines toten Patienten als abweichend.

In der Öffentlichkeit sind die Geister weitgehend ausgetrieben, doch im privaten Bereich finden sie nach wie vor eine Heimstatt. Mulkey und Ernst (1991) weisen darauf hin, daß in anderen Kontexten - und sie meinen nicht nur andere Kulturen - die soziale Wirklichkeit anders konstruiert wird, z.B. als "idea of disembodied social action" (177). Untersuchungen zeigen, daß es für einen großen Teil der Verwitweten ganz normal ist, den Toten/die Tote als anwesend zu empfinden, mit ihm/ihr zu sprechen, von ihm/ihr zu träumen etc. Es handelt sich für diese Personen um eine soziale Wirklichkeit, die bedeutsamer ist als etwa die Nachrichten im Fernsehen oder auch als manche face-to-face-Interaktionen mit physisch Lebenden. Für viele alte Witwen ist der soziale Verkehr mit dem verstorbenen Ehemann eine Möglichkeit, nicht nur dessen sondern auch ihr eigenes soziales Sterben zu verzögern.

Wenn Menschen antizipierend für ihre Grabstätte sorgen, dann gehen sie von einer sozialen Existenz nach ihrem physischen Tod aus und wollen diese gestalten. Dies muß keineswegs mit einem Glauben an die Unsterblichkeit ihrer Seele gekoppelt sein. Frauen können z.B. eine anonyme Grabstätte wählen, weil sie nicht die Rolle einer "unanständigen Toten" spielen wollen, die durch eine nicht-anonyme, ungepflegte Grabstätte gegeben wäre. (87)

Als Ursachen für soziales und psychisches Sterben treten ebenso wie für physisches Sterben auch "Ansteckung" auf. So wie bei Epidemien physische Sterbeprozesse in einem Zusammenhang zu sehen sind, gibt es auch Epidemien des sozialen und psychischen Sterbens. Wenn eine Gemeinde von einer natur- oder sozialbedingten Katastrophe getroffen wird und Mitglieder physisch oder sozial sterben, dann sind auch andere in der Gefahr, davon betroffen zu werden. Bei Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Flutwellen) ergaben Untersuchungen, daß viele Überlebende oft noch für lange Zeit unter Schock, psychischer und sozialer Erstarrung, Schuldgefühlen, Todesphantasien und anderen ihr Leben beeinträchtigenden Gefühlen und Gedanken leiden. (Vgl. Lifton 1986, 233 ff).

Soziales Weiterleben und Unsterblichkeit

Nach Comte herrschen die Toten über die Lebenden (Fuchs-Heinritz 1995). Die Herrschaft der Toten über die Lebenden habe sich im Laufe der Geschichte auch immer mehr verstärkt, da es zu einer Akkumulation von Wissen, Gütern und Institutionen kam, also einer von Toten hergestellten Kultur. Comte plädierte jedoch für eine Gestaltung dieses Prozesses. Eine säkulare (“soziologische”) Priesterschaft sollte alle Toten 7 Jahre nach ihrem Hinscheiden beurteilen und die “Würdigen” (eine Art weltlicher Heiligsprechung) zur Verehrung freigeben.

Soziales Leben und Sterben sind von sozialer Anerkennung abhängig. Für eine Minderheit von Auserwählten ist eine solche langfristige soziale Anerkennung institutionalisiert:

- Gräber, auf denen Namen stehen;
- Personen, deren Biographien in Lexika aufgenommen wurden;
- Personen, deren Namen an verschiedenen Orten (Straßen, Gebäude, Erdteile etc) oder Gegenständen festgeschrieben sind;
- Personen, deren Namen der jungen Generation im Bildungssystem vermittelt werden. (88)

Selbstverständlich herrscht krasse Ungleichheit in diesem Bereich. Die großen Toten (der dominanten abendländischen Kultur) haben bestimmte Merkmale. Es sind meist weiße Männer. In einer Untersuchung der Nachrufe von 1923 bis 1979 in den beiden bedeutenden amerikanischen Wochenmagazinen *Time* und *Newsweek* waren Frauen in der gesamten Periode konstant stark unterrepräsentiert (14 %) (Kearl 1989, 107 f).

Doch der Glaube an die Seele, die nach dem physischen Tod weiterlebt, ist noch immer weit verbreitet (Zulehner/Denz 1993, 74 ff). Die Seele hat auch gute Überlebenschancen. Das Ich, das Selbstbewußtsein, die Person bestimmt sich vor allem angesichts der Modernisierung des physischen, psychischen und sozialen Todes als Seele, die sich vom instrumentalisierten Körper abtrennen kann. Durch die aufgrund der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der neuen Technologien sich totalisierende Verfügbarkeit des Körpers und durch die Beobachtung des psychischen Sterbens und des Identitätswandels alter Menschen wird eine Entkörperlichung der Seelenvorstellung nahegelegt. Die diffusen und vagen Aussagen über die Seele dienen dem Schutz des Individuums vor der zerstörerischen Reflexivität. Die Vergesellschaftung und Instrumentalisierung des Körpers gibt den Seelenideologien Auftrieb, d.h. das Selbst als Seele wird verstärkt als legitimer Agent gegenüber einem der Fremdbestimmung geöffneten und ständigen Reparaturen und Entzauberungen unterworfenen Körper gesehen. Die Inhalte bzw. Optionen der Seelenvorstellungen werden zwar noch

immer von ausgewählten christlichen Konzeptionen dominiert, jedoch selektiv durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Technologien geformt: Nahe-Tod-Erlebnisse, Ergebnisse der Gehirnforschung und Produkte der Massenmedien. Die Seele wird zunehmend entkontextualisiert konzipiert, d.h. ethnozentrische, an religiöse Dogmen gebundene, in soziale Strukturen eingebettete Konzeptionen erodieren, bzw. sie werden in auswechselbare Bausteinsysteme umgewandelt. Es findet somit eine Verflüssigung und Virtualisierung der Seelenvorstellung statt und damit verstärkt sich ihre Medienabhängigkeit. Die Zunahme des Reinkarnationsglaubens in den westlichen Gesellschaften kann aufgrund der Entkontextualisierungs- und Abgrenzungstendenzen und der Unattraktivität einer körperlosen Jenseitsexistenz der Seele für konsumorientierte Sozialcharaktere erklärt werden.

Die Privatisierung und Individualisierung der Seelenvorstellung wird sich in Zukunft verstärken. Damit wird das von Gott geführte jenseitige Seelenkollektiv als dominante abendländische Vorstellung immer weiter zurückgedrängt. (90)

Das "gute" Sterben

Das für Menschen relevante Sterben ist eine soziale Konstruktion, vielfältig wie das Leben.

Ein Abschnitt aus dem bekannten Buch von Glaser und Strauss (1974, 85) soll noch abschließend beleuchten, wie Erwartungen und Vorstellungen den Umgang mit Sterbenden beeinflussen.

"Wir beobachteten einen jungen Krebskranken, der in apathischem Zustand ins Krankenhaus kam, sehr zur Konsternation der Schwestern. Als er sich eines Tages etwas erholte und anfang, über Kleinigkeiten zu streiten, freuten sich alle Schwestern. Der Stab betrachtete Apathie bei den Patienten nicht nur als »Aufgeben«, sondern als stumme Botschaft, daß sie mit der Welt gebrochen hätten - auch mit dem Stab. Wir erwähnten bereits den Fall der Patientin, die stets mit geschlossenen Augen dalag. Ihre Angehörigen und auch die privaten Pflegerinnen waren darüber so verstört, daß schließlich ein Sohn von weit hergereist kam, um die Mutter zu überreden, die Augen wieder zu öffnen, weil das »Jeden so verletze«."

In allen Kulturen konnte man "gut" oder "schlecht" sterben. In vielen Kulturen wurde der Selbstmord oder eine Zerstückelung der Leiche als "schlechtes" Sterben bestimmt. Doch wer setzt Normen des "guten Sterbens" in modernen Gesellschaften? Zweifellos gibt es einen breiten Konsens, daß durch Mord zu sterben unerwünscht ist. Vor allem jedoch generalisiert die Grundannahme der Selbstbestimmung im Leben auch auf den Sterbeprozess. Durch die Fortschritte im medizinischen Bereich wird die Frage nach dem "guten" Sterben in

zunehmendem Maße gestellt. Gibt es Möglichkeiten, auf wissenschaftlicher Grundlage eine Normierung vorzunehmen?

Der gute Tod findet heute in hohem Alter und unter medizinischer Überwachung statt. Es wird Wert auf eine zutreffende medizinische Diagnose und auf eine gute Behandlung gelegt. Wer dem medizinischen System ausweicht und sich nicht behandeln läßt oder gar Selbstmord begeht, wird als abweichend angesehen.

Religiöse Vorbereitungen, die in früheren Jahrhunderten anstelle der medizinischen vorgeschrieben waren, sind heute den Wünschen der einzelnen überlassen. Ein starker religiöser Glaube und eine Bindung an eine Religionsgemeinschaft sind mit Akzeptanz des eigenen Sterbens verbunden. Dies ist nicht nur eine häufig anzutreffende Meinung, sondern wird auch durch eine britische Untersuchung belegt (Seale/Cartwright 1994, 56 f)

Ferner kann zwischen einer aktivistischen und einer resignierenden Haltung unterschieden werden. Gemäß dem nach Parsons vorherrschenden "instrumentellen Aktivismus" gilt als wünschenswert die fortdauernde Aktivität auch nach der Einleitung des Sterbeprozesses durch Professionelle, entweder in dem Beruf, wenn man in diesem noch tätig sein kann, oder in der Privatsphäre.

Wenn solche Aktivitäten nicht mehr oder in nur sehr eingeschränktem Maße möglich sind, so wird dadurch die Güte des Sterbens sehr stark herabgemindert.

Doch es gibt auch Gegenmodelle, teilweiser traditioneller Art (z.B. christliche Sterbevorbereitung) oder auch moderner Art (Disengagement oder Rückzug).

Ökonomische und utilitaristische Vorstellungen spielen eine große Rolle.

Nach empirischen Studien in Europa ergibt sich: "Das Beste herauszuholen zu versuchen sowie dann den Tod als natürlichen Ruhepunkt zu betrachten, ist das am häufigsten anzutreffende Sinnkonzept." (Zulehner/Denz 1993, 72)

Der Körper muß maximal genutzt werden, verbrauchte Körperteile werden ersetzt - abgesehen vom Gehirn. Ein frühzeitiges Sterben bedeutet also Verschwendung von Körperkapital, unökonomische Körperverwertung, durch Nutzung der noch brauchbaren Organe teilweise kompensierbar.

Der gute Tod richtet sich auch nach der Situation des Bezugskollektivs, vor allem der Familie: Im Idealfall sollte in der Generationsfolge gestorben werden: Großeltern-Eltern-Kinder. (92)

Außerdem sollten Personen, die für den Erhalt des Bezugskollektivs zentrale Bedeutung haben, erst sterben, wenn sie ihre wichtigen Rollen innerhalb des Kollektivs erfolgreich an andere übergeben haben.

Das Sterben ist gut, wenn die wichtigen Bezugskollektive ungefährdet weiterexistieren.

Das Sterben ist wohl auch gut, wenn bestimmte Bezugskollektive, z.B. Familien, dadurch ein "natürliches" Ende finden. Die Kleinfamilie als ein sterbliches soziales Gebilde entlastet auch die sterbende Person von der früher vorhandenen generativen Verantwortung. Für die neue Familie, die von ihrem Kind gegründet wurde, ist sie nicht verantwortlich.

Abstrakter formuliert: *Das soziale Sterben sollte schon fortgeschritten sein, bevor das physische Sterben einsetzt.* Dies betrifft den gesamten Rollenhaushalt und die wichtigen Positionen, vor allem auch die Berufspositionen. Diese Art der Normsetzung wurde auch von Disengagement-Theoretikern vertreten.

Die Beschleunigung des sozialen Sterbens vor dem physischen Sterben gab es unter anderen religiösen Vorzeichen im Abendland und auch in anderen Kulturen. Heilige, Einsiedler und andere außerordentliche Personen töteten ihre weltlichen Bindungen ab, entfernten sich durch geistige und körperliche Übungen von ihren alltäglichen Gedanken, Beziehungen und Rollen. Man kann dieses Verhalten allerdings auch als double-bind-orientiert oder paradox kennzeichnen: Sie wollten gerade durch diese A-Sozialität besondere Aufmerksamkeit und Anerkennung gewinnen, also sozial im Gedächtnis der anderen weiterleben, in eine dauerhafte Superrolle schlüpfen.

Eher kontrovers wird wohl die folgende These zu diskutieren sein:

Das physische Sterben sollte erst erfolgen, wenn das psychische Sterben schon fortgeschritten ist.

Faktisch nimmt der Anteil der Personen zu, bei denen dies der Fall ist. Doch ist es wünschenswert? Es ist eine Möglichkeit, die unangenehmen Aspekte des Sterbens zu minimieren. Wenn nur mehr eine "Residual- oder Restperson" stirbt, so hat der "Hauptteil" der Person sozusagen das physische Sterben vermieden. Andererseits widerspricht dies den Vorstellungen der selbstkontrollierten Individuen bezüglich eines "erfüllten Lebenslaufs", zu dem auch ein bewußter Sterbevorgang "gehört".

Hawkins (1991) untersuchte Erfahrungsberichte über den Tod von Bezugspersonen.

Sie bildete folgende Typen der Todeskonstruktion, die zwar an religiöse und andere Traditionen anschließen, sich jedoch auf heutiges Sterben in privatem Rahmen beziehen:

1. Der ritualisierte Tod

Sterben und Tod werden als regelgeleitetes Geschehen definiert. Vor allem in der Erinnerung von Überlebenden kann das Ereignis in eine feste Form, in einen phasenartigen Ablauf gegossen werden. Auf diese Weise wird es beherrschbar. Es taucht nur mehr in Form dieser Ritualisierung im Bewußtsein auf.

Rituale können Sterbenden und Bezugspersonen Sicherheit geben, allerdings auch der Kommunikationsvermeidung dienen, da Offenheit mit Verletzungsgefahren verbunden ist.

2. Der siegreiche Tod

Unmittelbar denkt man an Krieg, an Schlachten, doch es handelt sich nur um ein privates Ringen, das allerdings nicht nur das Individuum, sondern auch andere Bezugspersonen einbeziehen kann. Sterben kann als Geschehen aufgefaßt werden, in dem Leistung und Selbstverwirklichung möglich ist - eine S%kularisierung der Heilserwartung.

3. Der eigene Tod

Wie schon im Kapitel über Individualisierung ausgeführt wurde, sterben viele Menschen heute im Bewußtsein der Einmaligkeit und Personalgebundenheit. Auch Ariès hat auf diese Tatsache hingewiesen. Auch die Bezugspersonen können daran Interesse haben, da dadurch eine Abgrenzung erfolgt, sie müssen nicht "mitsterben". Freilich kann diese "Aneignung" auch mit Dekontextualisierung, Einsamkeit, Unsicherheit und Verzweiflung verbunden sein.

Es besteht eine Unverträglichkeit zwischen dem "ritualisierten Tod" und dem "eigenen Tod". Die Ritualisierung erfolgt heute seltener religiös sondern meist medizinisch bzw. bürokratisch. Hospize versuchen, Bewältigungsstrategien für die Verbindung dieser beiden inkompatiblen Strukturen zu entwickeln. "Der siegreiche Tod", eine paradoxe Formulierung, wird heute vor allem durch errungene Lebensdauer operationalisiert. Es besteht auch in diesem Fall die Spannung zwischen den Siegesdefinitionen der Experten (Ärzte) und der Betroffenen (Sterbende und Angehörige).

Um die Güte des Sterbens zu bestimmen, muß man das soziale Leben analysieren, das durch Interaktionen und Institutionen geprägt ist. Kellehear (1990a) beschreibt anhand einer in Australien durchgeführten empirischen Untersuchung von schwerkranken Personen mit geringer Lebenserwartung den Verlauf eines normalen guten Sterbens.

1. Zuerst muß es eine Wahrnehmung des Sterbens durch den Sterbenden selbst geben. Hier entsteht schon die Schwierigkeit, daß in der Regel sozial anerkannte Formen der

Sterbedefinition durch Professionelle, nämlich durch Ärzte, erfolgen und Selbstdefinitionen sich diesen Rahmenbedingungen anpassen müssen.

2. Dieses Sterbebewußtsein führt zu einer Veränderung in allen sozialen Bereichen dieser Person. Sie versucht soziale Anpassungen und Vorbereitungen auf den Tod durchzuführen.
3. Hierbei ist entscheidend, in welchem Ausmaß die wichtigen Bezugspersonen und auch die professionellen Agenten ein Bewußtsein vom Sterben dieser Person haben. Wenn ein entsprechendes Fremdsterbebewußtsein existiert, dann werden öffentliche Vorbereitungen auf den Tod erleichtert.
4. Die Berufsrolle oder auch andere zentrale Leistungsrollen werden verändert, bzw. abgelegt.
5. Es wird eine Abschiedsphase eingeplant und auch - soweit möglich - durchgeführt.

Überlegungen zum "guten Sterben" können mit der Frage nach dem "guten oder gesellschaftlich funktionalen Altern" verbunden werden. Zwei Ansätze stehen einander gegenüber:

Disengagement-Theorie (Cumming/Henry 1961): Disengagement wird als der unvermeidliche Prozeß der Loslösung des alternden Menschen aus den sozialen Strukturen und Beziehungen beschrieben. Diese schrittweise Lösung wird sowohl für die gesellschaftlichen Strukturen als auch für alle betroffenen Personen als positiv und funktional angesehen. Das zentrale Problem betrifft die Desintegration, die in diesem Ansatz angelegt ist, die unerwünschte Konsequenzen hat.

Aktivitäts-Theorie: Erfolgreiches Altern besteht nach diesem Ansatz gerade in der Erhaltung oder dem Ersatz der Beziehungen, Rollen und Verhaltensmuster bis ins hohe Alter. Dieser Aktivitätsansatz entspricht sowohl den Wünschen als auch den Realisierungsversuchen eines Großteils der alten Menschen in den westlichen Industriestaaten. Hierbei ist das Problem der Integration berücksichtigt, doch die Normierung entspricht nicht diesem Ansatz. Normativ ist das Ausscheiden der alten Menschen aus dem zentralen Positions- und Rollengefüge festgelegt. Somit besteht eine Diskrepanz zwischen den Wünschen und der Realität für eine relativ große Gruppe der alten Menschen. Sie kann durch einen *Konflikt-Ansatz* erklärt werden. Die soziale Ungleichheit, vor allem die gravierenden Unterschiede in den Einkommens- und Vermögensverhältnissen, führen zu einer Unterprivilegierung und zu stark

reduzierter Lebensqualität bei einem Teil der alten Menschen, also zu einem gesellschaftlich erzwungenen disengagement (Vgl. Bond/Briggs/Coleman 1990). (93)

Euthanasie

Der Begriff "Euthanasie" hat verschiedene Wandlungen durchgemacht. In der altgriechischen Kultur als Bezeichnung für den guten Tod entstanden, wurde er im 18. und 19. Jahrhundert im Zusammenhang mit der medizinischen Professionalisierung als nicht-lebensverkürzende Sterbehilfe durch Ärzte bestimmt.

Schließlich machte er am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts im Kontext von politischen Ideologien (z.B. des Sozialdarwinismus) einen brisanten Bedeutungswandel durch: *Selektive Tötung im Interesse der Gesellschaft, des Staates oder des betroffenen Individuums.*

Seitdem der Begriff mit den nationalsozialistischen Morden an Behinderten, Kranken und anderen Randgruppen assoziiert wird, blieb in Deutschland die stark negative Bedeutung dominant. Der ursprüngliche positive Euthanasie-Begriff wurde folglich im deutschen Fachschrifttum der letzten 20 Jahre meist durch den Begriff Sterbehilfe ersetzt. Im Englischen wie auch in anderen Sprachen ist jedoch nach wie vor der Euthanasie-Begriff in Verwendung, so daß sich die Frage ergibt, ob nicht der alte Begriff auch im Deutschen wieder - trotz des Mißbrauchs im Nationalsozialismus - in der international üblichen Bedeutung verwendet werden soll.

Euthanasie spricht das Problem des gesteuerten Sterbens an. Hierbei sind die Dimensionen Selbststeuerung vs. Fremdsteuerung und Intensität des Todeswunsches zu berücksichtigen. (96)

	<i>Selbsttötung</i>	<i>Fremdtötung</i>
<i>starker Todeswunsch</i>	Selbstmord freiwillig	aktive Sterbehilfe
E u t h a n a s i e f e l d		
<i>kein Todeswunsch</i>	Selbstmord erzwungen	Mord

Um die Situation im "Euthanasiefeld" zu analysieren, müssen einige soziologische Überlegungen angestellt werden. (Vgl. auch Feldmann 1990, 1995b) Für den Idealtypus des modernen säkularisierten Menschen sind das Leben und sein Körper Instrumente für seine Zwecke, nicht mehr Eigentum Gottes, sondern persönliches Eigentum. Damit soll selbstverständlich nicht gesagt werden, daß die Mehrheit der Deutschen oder der Menschen in Industriestaaten diesem Idealtypus zugeordnet werden können. Dieser Typus ergibt sich aus der Strukturierung moderner Gesellschaften, er ist sozusagen kompatibel mit vielen modernen Institutionen und Normen. Die selbstbestimmte Fortführung oder Beendigung des eigenen Lebens ergibt sich daraus als eine Option.

Doch es gibt andere Einstellungen, Normen und Institutionen in modernen Gesellschaften, die Tötungshandlungen erschweren. Das moderne Individuum ist affektkontrolliert und auf Sicherheit bedacht, d.h. es plant sein Leben langfristig. Diese Haltungen sind schwer verträglich mit Entscheidungen, das Leben hier und jetzt gewaltsam zu beenden. Auch ist durch die Individualisierung und Demokratisierung der Wert des einzelnen Lebens stark erhöht worden. Es sind also starke Tötungshemmungen aufgebaut worden. Ferner besitzen staatliche Organe das Tötungsmonopol, so daß ein latenter Konflikt zwischen Individuen bzw. Gruppen und dem Staat bezüglich der "Totalverfügung" über den Körper besteht.

Für das Subsystem "Medizin" existiert - gemäß Luhmann'scher Systemtheorie - der dichotome Code "gesund-krank". Sterbende, potentielle Selbstmörder und Personen, die ihre eigene Tötung wünschen, sind Kranke, müssen also behandelt werden. Ein selbstgesteuertes Sterben könnte bestenfalls einem Gesunden zugestanden werden, der es jedoch nach dieser medizinisch-psychologischen Ideologie definitionsgemäß nicht wünschen kann. Somit ergibt sich ein Dilemma für Personen, die sterben wollen, wenn sie im Subsystem Medizin verweilen und von dem professionellen Personal abhängig sind. Doch auch das medizinische Personal wird in zunehmendem Maße in unerwünschte Entscheidungssituationen gedrängt. (97) Da sowohl die Definitionen von Leben und Tod als auch die Erhaltung und Manipulation von Körperfunktionen immer differenzierter, multidimensionaler und von Ressourcen abhängiger werden, wird es immer schwieriger, die Ideologie des "natürlichen Todes" aufrechtzuerhalten. Faktisch muß das medizinische Personal ständig über Leben oder Tod entscheiden, und zwar sowohl über Lebensverlängerung als auch über Lebensverkürzung. Diese Entscheidungen sind nach Anspach (1993) kollektive, nicht individuelle Handlungen, die sich aus den sozialen Strukturorten der beteiligten Personen und

aus dem jeweiligen sozialen Kontext ergeben und nicht primär aufgrund einer "medizinischen Ethik" oder eines "medizinisch-naturwissenschaftlichen-technischen Standards". Somit entsteht ungeplant "aktive Sterbehilfe" als Emergenzphänomen der medizinisch-technischen Entwicklung.

Euthanasie, Selbstmord und Abtreibung sind soziale Probleme, die von gesellschaftlichen Gruppen kontrovers beurteilt werden und deren jeweilige gesetzliche Regelungen umstritten bleiben. Eine zentrale Kontroverse ist durch die Dichotomie pro-life versus pro-choice zu beschreiben. Interessengruppen formieren sich vor allem um zwei Kernkonstrukte:

- Eine Koalition von traditionalistischen religiösen Gruppen (Das Leben des Menschen ist von Gott geliehen) und säkularen Staatsvertretern (Tötungsmonopol) unter der Devise »Menschliches Leben als hoher individuell "unverfügbarer" Wert«
- Koalition heterogener Gruppen (z.B. Intellektuelle, Feministinnen), die sich gegen Traditionalismen und überbordende Staatsgewalt wenden unter der Devise »Selbstbestimmung ist ein höherer Wert als Lebenserhaltung«.

Repräsentative Befragungen in den USA, Großbritannien und in Deutschland ergaben, daß jeweils die Mehrheit der Bevölkerung für Legalisierung der aktiven Sterbehilfe oder Euthanasie (Tötung auf Verlangen durch einen Arzt oder Beihilfe zum Selbstmord bei unheilbarer schwerer Krankheit, schweren nicht behebbaren Schmerzzuständen oder in der terminalen Phase) eintritt (Blendon et al. 1992; Feldmann 1995b).

In einer Untersuchung von Ward (1980) konnte festgestellt werden, daß die Ablehnung von (aktiver) Euthanasie mit dem Alter stieg; in der Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren lehnten 27 % Euthanasie ab, während in der Altersgruppe der über 70jährigen 51 % ablehnend reagierten. (98) Männer neigten stärker zur Akzeptanz von Euthanasie als Frauen. Große Unterschiede ergaben sich zwischen Weißen (66 % Akzeptanz) und Nichtweißen (41 %). Je besser die Ausbildung eines Menschen, umso eher akzeptiert er auch Euthanasie und zwischen Religiosität und Akzeptanz von aktiver Sterbehilfe war erwartungsgemäß eine negative Beziehung festzustellen.

Die Einstellungen zu Selbstmord und aktiver Sterbehilfe haben sich in den letzten beiden Jahrzehnten liberalisiert (Monte 1991) und werden sich wohl auch weiter liberalisieren - was freilich auch die öffentlichen Auseinandersetzungen zwischen "Lebensschützern" und "Selbstbestimmungs-Befürwortern" verstärken wird.

In amerikanischen Untersuchungen wurde von den Befragten als wichtigster Grund für den Wunsch, das eigene Leben zu beenden, die Angst angegeben, der Familie zur Last zu fallen. Außerdem sind die Furcht vor Schmerzen und die Abneigung, auf Dauer an Maschinen angeschlossen zu sein, Motivationsgründe.

Die tatsächlichen Entscheidungen über aktive Sterbehilfe liegen jedoch bei den Ärzten, die aufgrund des technischen Fortschritts immer häufiger - ob sie es wahrhaben (wollen) oder nicht - über Lebenserhaltung oder Lebensbeendigung bestimmen.

Das Euthanasieproblem muß soziologisch im Rahmen der Modernisierung, Industrialisierung, Verrechtlichung, Bürokratisierung und Entwicklung des medizinischen Systems gesehen werden. Populations- und Individualkontrolle haben zugenommen.

Die Überwachung des menschlichen Körpers durch das medizinische System hat auch dazu geführt, daß das Sterben im Rahmen dieses Systems verwaltet wird. Die demographische Entwicklung, d.h. der überproportionale Anstieg der Gruppe der alten Menschen, und die medizinisch-technischen Fortschritte führten mit steigender Tendenz zum Anwachsen von Entscheidungen über lebenserhaltende Maßnahmen im Vergleich zu früheren Gesellschaften und Kulturen. Die Emanzipationsbewegungen, die Säkularisierung und die verbesserte Ausbildung in der Bevölkerung lassen die Patienten immer kritischer werden. Immer häufiger werden medizinische Entscheidungen problematisiert und in die öffentliche Diskussion getragen. (99)

Der allgemeine Tod: Krieg und andere Formen

Der Krieg wird in der sozialwissenschaftlich orientierten thanatologischen Literatur mit wenigen Ausnahmen ausgespart (Vgl. Feldmann/Fuchs-Heinritz 1995, 14 ff). Er wird als Sonderfall angesehen. Doch er betrifft zentral den Todesbereich und seine Strukturprinzipien müssen mit dem "normalen Sterben" in Verbindung gesehen werden.

Macht und Herrschaft sind grundsätzlich mit der Verfügung über Leben und Tod verbunden. Herrschende mußten ihren Untertanen Lebensschutz garantieren und den Gegnern den Tod glaubwürdig androhen.

Ein zentraler Grund, den Krieg einzubeziehen, betrifft sowohl die natürliche Evolution als auch den kulturellen Wandel, die ihn als wesentlichen Entwicklungsaspekt zeigen. (100)

Innerartliche Aggression tritt bei Tieren und Menschen auf und kann verschiedene Funktionen erfüllen: Ressourcen gewinnen oder erhalten, Rivalen zu bekämpfen, Umwelterforschung, Handlungsspielraum ausloten, Normerhaltung, Statuskonkurrenz, Territorium verteidigen oder erobern, Verteidigung der Eigengruppe (Eibl-Eibesfeldt 1993).

Die Entwicklung sozialer Systeme war in der Regel mit Kriegsführung verbunden. In allen Hochkulturen wurden aufwendige Kriege geführt.

Daß Kriege kulturelle und soziale Funktionen hatten und haben, ist unumstritten. Zivilisierung, Industrialisierung und Modernisierung waren mit kriegerischen Geschehen verbunden. Die aufwendigsten und blutigsten Kriege wurden von Mitgliedern von Hochkulturen durchgeführt. Territorialismus, Zentralismus, Monopolisierung von Gewalt und Abgrenzung gegenüber anderen sozialen Gebilden, also notwendige Kennzeichen der Staatenbildung, waren in der Regel mit aufwendiger Kriegsvorbereitung und -führung verbunden (Vgl. Mann 1994; Joas 1996).

Daß die abendländische Kultur die Weltherrschaft übernommen hat, verdankt sie unter anderem ihren erfolgreichen Tötungsmaschinerien. Vor allem die Entwicklung der Feuerwaffen hat den Europäern dazu verholfen, ab dem 14. Jahrhundert schrittweise die übrigen von Menschen besiedelten Gebiete zu erobern.

Die interne europäische Entwicklung verlief stark kriegsabhängig. Historische Schlüsselsituationen wie die Französische Revolution, die beiden Weltkriege und die Oktoberrevolution waren mit Blutbädern verbunden.

Manche Evolutionstheoretiker des 19. Jahrhunderts nahmen an, daß der militärische Gesellschaftszustand bald durch einen friedlichen Zustand abgelöst werde (Comte, Spencer). Doch die führenden Staaten des 19. und 20. Jahrhunderts "bewiesen", daß kein "Widerspruch" zwischen großen zivilisatorischen Fortschritten und dem Ausbau einer gigantischen Kriegsmaschinerie besteht.

Die friedensverherrlichenden westlichen Staaten verfügen nach wie vor über ein gigantisches Rüstungspotential und exportieren ihre Waffen auch in die Gebiete, in denen immer wieder Kriege ausbrechen. Die Lebensgrundlagen der friedlich sterbenden Industriemenschen sind also mit den Ressourcen der Kriegsführung gekoppelt.

Der Krieg kann als physisches Töten von großen Menschenmengen beschrieben werden. Doch hierbei sollte nicht vergessen werden, daß auch soziales Töten von Personen, Gruppen oder Kollektiven immer wieder geübt wird. (101)

Im Sprachgebrauch der Nachkriegszeit war auch das Bewußtsein gebildet worden, daß es nicht nur die Dichotomie Krieg und Frieden gibt, sondern verschiedene Grade der Eskalation oder der "Wärme" der Kriegsführung. (102)

Der Zweite Weltkrieg und die vierzig Jahre dauernde Atomkriegsdrohung bei gleichzeitigem Wohlstand (also Sieg im ökonomischen Kampf), guter Ausbildung, privater "Befreiung von Zwängen", und internationaler Integration durch eine früher nicht vorhandene Mediatisierung, haben wahrscheinlich in den meisten Deutschen eine dauerhafte Anti-Kriegs-Haltung erzeugt und in den westlichen Staaten eine relativ starke Friedensbewegung ins Leben gerufen.

Die Wahrscheinlichkeit der Massenvernichtung wird dadurch verringert, doch die Gefahren durch die Technisierung und Automatisierung der Kriegsarbeit und die Verfügbarkeit von Massenvernichtungswaffen nehmen gleichzeitig zu.

Krieg ist in der Regel eine Kombination von physischem und sozialem Töten. Viele Kriege in der Geschichte der Menschheit waren mit Versklavung der Unterworfenen verbunden, einer besonders gravierenden Form des sozialen Sterbens. Frieden ist negativ bestimmt die Vermeidung von physischem Töten auf Massenbasis.

Die Entwicklung der Waffentechnologie erscheint Friedensfreunden nur negativ, da sie immer effizientere Massentötung ermöglicht. Doch das Gleichgewicht der nuklearen Abschreckung, das in den letzten Jahrzehnten die Weltpolitik und das Bewußtsein der Menschen in den Industriestaaten bestimmte, war erst durch die Atomtechnologie ermöglicht worden. Das gigantische Vernichtungspotential mit seinem mehrfachen overkill hatte in Zusammenhang mit einem modernen Rationalitäts-Bewußtsein den Atomkrieg als Gestalt produziert, die sich von der Abhängigkeit von den traditionellen politischen und ökonomischen Bestimmungen von Krieg und Frieden teilweise "befreite", sozusagen ein "neues Paradigma" des Krieges im Alltagsbewußtsein und auch in den Modellen der Strategen begründete.

Die modernen Tötungstechnologien sind jedoch nicht nur effektiv, sie verringern auch für den Tötenden die psychischen Kosten des Tötens.

Wie "sauber" und "unblutig" moderne Kriegsführung dargestellt werden kann, zeigte die zensierte Berichterstattung des Golf-Krieges. (103) Die amerikanische militärische Führung hatte aus dem Vietnam-Krieg gelernt, daß eine sorgfältig geplante "Informationssteuerung"

und ein technisch-distanziertes Vorgehen für die Beurteilung des Krieges in der amerikanischen Öffentlichkeit von entscheidender Bedeutung ist. Ein zentraler Grundsatz war, möglichst keine sterbenden oder toten amerikanischen Soldaten zu zeigen und die Realität des gewaltsamen Todes zu verschleiern (Umberson/Henderson 1992).

Wie wird die Zukunft des Krieges aussehen?

Aufgrund der technischen und sozialen Entwicklung ist auch der Verlauf eines Krieges nicht vorherzusagen. Moderne Kriege können 'anomisch' und 'anarchisch' entarten, gleichzeitig jedoch mit höchst rationalisierter Zerstörungskraft voranschreiten. Die für die Unmoral eines künftigen Atom- und/oder Weltkrieges notwendige 'Umwertung aller Werte' wurde in den beiden bisherigen Weltkriegen vorbereitet. Der totale Tod, nämlich nicht nur das Töten einzelner Menschen, sondern ganzer Gemeinschaften, ihres gesamten kulturellen Erbes und auch ihrer Ökosysteme, ist somit Bestandteil moderner Kriegführung geworden.

Gesellschaftsformung im Zeitalter nuklearer Vernichtungspotentiale

Schwierig ist es, das unangenehme Wissen (und Fühlen) zu vermitteln und auszuhalten, daß etwa die günstige Lebenslage von jungen friedensfreundlichen Menschen auf der erfolgreichen Gewalttätigkeit anderer toter und lebender Gesellschaftsmitglieder aufruht. Hätten die vergangenen Generationen der abendländischen Kulturmaschine nicht so erfolgreich gekämpft und die anderen Kulturen besiegt, dann wäre die Zivilisierung und die Friedenskultur in Europa nicht so hoch entwickelt. Hätten die friedliebenden westlichen Industriestaaten nicht so hoch entwickelte Waffensysteme, dann könnten sie sich nicht einen so hohen Anteil an unkriegerischen jungen Männern leisten. (104)

Nebeneffekte dieser Zivilisierung sind u.a.: Entwicklung von effektiven direkten und indirekten Lebensvermehrungs- und -verminderungsstrategien und -maschinen, d.h. Leben und Tod wird auf allen Ebenen immer mehr planbar und damit wird auch Macht, Herrschaft und Gewalt immer diffuser und schwerer zu fassen. Der ideologisch (rechtlich und medizinisch) festgeschriebene Unterschied zwischen gewaltsamem und natürlichem Tod behindert die Bewußtseinsbildung über den wachsenden gesellschaftlichen Anteil an der Produktion von Leben und Sterben.

Die Schere zwischen Affektregulierung, Befriedung der sozialen Beziehungen und Zivilisierung einerseits und Rationalisierung und Perfektionierung der Zerstörungspotentiale andererseits öffnet sich in modernen Gesellschaften immer weiter, ohne daß eine Lösung in Aussicht ist. Denn auch internationale Vereinbarungen zur Friedenssicherung ändern diese

Tendenz nicht, denn sie können bestenfalls zur Verzögerung der Entwicklung und zur Erschwerung der Anwendung der Zerstörungspotentiale einen Beitrag leisten.

Vor allem ergibt sich dadurch auch eine Entfremdung zwischen den zivilisierten Individuen und den gesellschaftlichen Makromaschinen, seien es Staaten oder überstaatliche Gebilde. Ein "Rückfall" in scheinbar überwundene Gruppensolidaritäten und damit auch in Bürgerkriege ist unter solchen "Entfremdungsverhältnissen" möglich. Doch es handelt sich nicht nur um eine Unvereinbarkeit zwischen individuellem Bewußtsein (Lebenswelt) und gesellschaftlichem System, der „Widerspruch“ ist auch im Makrobereich verankert: die Diskrepanz zwischen dem in der Geschichte einmaligen Schutz des einzelnen menschlichen Lebens und der potentiellen Vernichtungsmaschinerie.

Kann man die Zusammenhänge zwischen dem technischen Vernichtungspotential moderner Staaten, den normativen Regelungen bezüglich Leben und Tod und dem Todesbewußtsein ihrer Mitglieder noch präziser kennzeichnen?

Lifton meint, daß die drohende atomare Totalkatastrophe zu einer Brüchigkeit im kollektiven Unsterblichkeitsbereich führt, die in den Individuen als Verunsicherung und Orientierungslosigkeit manifestiert (Vgl. Lifton 1986; Boehnke et al 1989).

Die Nachkriegsgenerationen wachsen zunehmend mit zentralen Doppelbotschaften auf: Sie sehen die ungeheure Macht ihrer Kultur, die viele andere „zerstört“ (hat), und gleichzeitig wird jede Form persönlicher Gewalt verboten. In dieser Situation einer kollektiv vermittelten „Schizophrenie“ könnten die Massenmedien entlastende Funktion haben, was paradox erscheint, da sie ja permanent Gewaltakte zelebrieren, also eben nicht analysieren und „aufklären“. Doch die Mediatisierung bietet Gewalt auch ständig mit Lösungen, also abgeschlossene Gewaltepisoden, ganz im Gegensatz zur gesellschaftlichen und kulturellen nicht abschließbaren Problematik. Die immerwährende Öffnung und Schließung von Gewalt- und-Tötung, die man offensichtlich „spielend“ überlebt, könnte also der Entlastung und vielleicht der Verdrängung dienen, wohl kaum der Katharsis (die ja auch nicht gesellschaftlich funktional wäre). (105)

Der Tod von Kulturen, Kollektiven und sozialen Gebilden

Kollektive, Kulturen und soziale Gebilde leben und sterben. Freilich kann ihr Sterben teilweise auch als Neugeburt oder Aufgehen in einem anderen Kollektiv bestimmt werden.

Unter Sozialwissenschaftlern bestehen starke Vorbehalte gegenüber einfachen Modellen des Lebens und Sterbens von Kollektiven, wie sie von verschiedenen Autoren des 19. und 20. Jahrhunderts, z.B. von Oswald Spengler, vorgeschlagen wurden.

Kollektive können sich selbst als todesgefährdet definieren, wie es etwa bei vielen Minderheiten der Fall war und ist, die in einer feindlichen Mehrheitswelt lebten oder leben. Diese traditionell verankerte permanente Todesgefahr, etwa bei jüdischen Gemeinden in Europa, führte und führt zu einer spezifischen Abhängigkeit des Individuums vom Kollektiv. Um das Individuum einzubinden und seine Abwanderung in das Mehrheitskollektiv zu verhindern, wird sein soziales Leben kollektiviert. Orthodoxe Juden erklärten in früheren Zeiten Mitglieder ihrer Gemeinde, die Nicht-Juden geheiratet hatten, für tot und führten ein symbolisches Begräbnis für die Person durch. Von Sekten ist bekannt, daß sie mit Psychoterror ein Ausscheiden von Mitgliedern zu verhindern suchen.

Eine Interpretation wäre: Die im Bewußtsein wichtiger Autoritätspersonen und in Traditionen der Gemeinschaft verankerte kollektive Todesgefahr manifestiert sich in Abgrenzungsideologien. (Vgl. zu entsprechenden Ideologieverstärkungen auf individueller Basis Ochsmann 1992, 1997)

Leben und Sterben von sozialen Großgebilden sind permanente Prozesse, die sich von dem Leben und Sterben eines Individuums stark unterscheiden. Ein endgültiger Tod einer Kultur oder Zivilisation ist wohl ein ziemlich seltenes Ereignis und die Diagnose ist auch äußerst schwierig. Staaten lösen sich auf, zerfallen in kleinere Gebilde oder werden von größeren okkupiert.

”Herz-Kreislauf-Probleme” führten oft in der Geschichte der Menschheit zum Kollaps eines Kollektivs. Das Zentrum war nicht mehr imstande, genügend Ressourcen aus den umliegenden Gebieten zu erhalten (Yoffee 1988, 13).

Eine relativ gut bestätigte Erklärung des Niedergangs der Maya-Zivilisation lieferte Culbert (1988). In der Hochkultur der Maya wanderte eine zunehmende Zahl von produktiven Mitgliedern der Landbevölkerung in die kulturellen Zentren. Dieses städtische Bevölkerungswachstum und die teilweise daraus resultierende Übernutzung der Böden führten zu einer chronischen Versorgungskrise, die weder durch Austausch noch durch andere Methoden der Nahrungsgewinnung gelöst werden konnte. Umweltzerstörung in Zusammenhang mit sozialen und politischen Konflikten führten zum Niedergang der Kultur.

Beim Tod von sozialen Gebilden sollte man jedoch nicht nur an Kollektive und Kulturen denken. (106)

Der Verlust der Alexandrinischen Bibliotheken im Altertum wurde in der abendländischen Geschichte immer wieder beklagt. Der Tod der meisten deutschen Großstadtzentren im zweiten Weltkrieg wurde in den Jahrzehnten nach dem Krieg bis heute nur verschämt "thematisiert". Kollektive Schuld, Wiederaufbauhilfe, Kalte-Kriegs-Treue, Modernismus und andere Faktoren behinderten die Trauer um die Zerstörung von in Jahrhunderten gewachsenen Strukturen. Doch daß der zweite Weltkrieg auch durch die Zerstörung der "Sachgüter" in Deutschland schwerwiegende Kulturveränderungen gebracht hat, ist kaum zu bezweifeln.

Es gibt zwei Möglichkeiten:

- Dieser Kulturverlust hatte keine bedeutsamen Konsequenzen für die deutsche moderne Gesellschaft.
- Dieser Kulturverlust hatte bedeutsame Konsequenzen - die bisher kaum erforscht wurden.

Die erste These erscheint auf den ersten Blick beruhigend. Doch sie kann auch noch beunruhigender sein als die zweite. Denn durch diese Zerstörungen wurden viele Erinnerungen an die Toten und damit deren Unsterblichkeitshoffnungen zerstört. Alle Kunstwerke, Bücher, Kirchen, Häuser etc. waren kulturelle Körperteile von Menschen, überdauernder als ihre physischen Körper. Für die jetzt Lebenden ein memento mori, daß auch ihre modernisierten Unsterblichkeitshoffnungen illusionär sein dürften.

Nun zur zweiten Möglichkeit: Die "erzwungene Modernisierung" der Deutschen kann durch diesen brutalen Eingriff in die nationalen und regionalen Identitäten und Kollektivbilder begünstigt worden sein. Vielleicht hängt auch das deutsche Fluchtverhalten, als Reiselust bekannt, mit dieser Unheimlichkeit der eigenen Städte zusammen.

Die kollektive Verlusterfahrung stellte auch eine Befreiung dar, eine Befreiung nicht nur von politischen, organisatorischen und ideologischen Zwängen, sondern auch von Umweltbindungen. Die Entnazifizierung, Austreibung des "Preußentums" und des altdeutschen Muffs wurde wohl eher durch die Zerstörungen und Vertreibungen, also durch physisches, soziales und psychisches Töten, bewirkt, als durch Reeducation. Damit waren Interaktions- und Traditionsketten unterbrochen. Doch erst durch eine "Wiedergeburt", nämlich durch wirtschaftlichen und kulturellen Aufschwung, nicht zuletzt mit Hilfe der Medien, die Primärerfahrungen ersetzen bzw. kompensieren halfen, wurden neue Sozialcharaktere geschaffen. (107)

Genozid

Nach Meinung von Jonassohn und Chalk (1987) ist die Absicht von (führenden) Mitgliedern einer Gruppe, eine andere Gruppe physisch und/oder kulturell zu vernichten, ein notwendiges Element der *Definition von Genozid*, wobei folgende Motive zu unterscheiden sind:

- drohende Rivalen zu eliminieren;
- ökonomische Vorteile zu gewinnen;
- Angst und Schrecken zu verbreiten;
- eine Ideologie oder einen Glauben durchzusetzen.

Versuchte und auch erfolgreiche Genozide traten im Kampf zwischen Kollektiven häufig auf, z.B. rotteten die Assyrer gegnerische Gruppen aus. Rom hat Karthago ausgelöscht. Die Katharer in Süd-Frankreich und Italien wurden in Glaubenskriegen vernichtet. Doch die Tötung von Gemeinschaften, Völkern, Stämmen und Kulturen muß nicht das Ziel der Aggressoren sein. Als die Spanier Gebiete in Mittel- und Südamerika eroberten, wurden die einheimischen Gruppen durch Krankheiten, durch den Kulturschock und nur zum Teil durch direkte Gewalteinwirkung getötet und ihre Institutionen hatten kaum Überlebenschancen.

Aber auch subtilere Einflüsse können zum kulturellen Sterben, das nicht mit dem physischen Sterben der Mitglieder der Kultur gleichgesetzt werden kann, beitragen. Verbote, die zentralen Riten durchzuführen, Zerstörung oder Verschleppung bedeutsamer Kultgegenstände und Kulturgüter oder Verhinderung der gewohnten Sozialisation und Erziehung. (108)

Exkurs: Ökozid

In diesem Kapitel geht es um den *allgemeinen Tod*, um das Sterben von Kulturen, Kollektiven und sozialen Gebilden.

Es fehlt noch eine Reflexion auf die allgemeine Basis menschlichen Lebens, auf die *Natur*, die *Umwelt*, die Lebensgrundlagen. Soziologen vernachlässigen diese Basis leider häufig, oder verweisen auf die Biologie und andere Wissenschaften, die dafür zuständig seien. Doch die Naturwissenschaften behandeln nicht die *Natur als soziales Problem*. Die moderne Umweltproblematik ist eine strukturelle Tatsache, die sich aus der Bewertung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse im Lichte ökonomischer, politischer, religiöser und

anderer Systemvorstellungen ergibt. Die Sensibilisierung für die fahrlässige und absichtliche Tötung von Natur- und Umweltteilen hat sich verstärkt, dies betrifft nicht nur den traditionellen Schutz von einzelnen Tieren, sondern auch die Verbreitung wissenschaftlicher Erkenntnisse, daß z.B. das Artensterben, eine Form der strukturellen Gewalt, in der Geschichte der Menschheit bisher nicht gekannte Ausmaße erreicht hat.

Es handelt sich nicht nur um den *allgemeinen Tod*, sondern auch um eine Form des *Todes des anderen*. Der andere ist nicht nur eine Bezugsperson, ein Mitmensch, sondern auch ein Mittier oder ein Umweltteil. Daß Trauergefühle sich nicht nur auf den Verlust von Menschen, sondern auch auf andere Verlusterlebnisse beziehen, ist eine Binsenweisheit. Daß die Gefühle der Menschen nicht durch formale Normen oder gar Rechtsvorschriften allein geprägt sind, sondern durch Lebenszusammenhänge, weiß auch jeder. Somit ist die Legitimation dafür, daß die Begriffe *Interaktion*, *Kommunikation*, *soziale Beziehung* auf Relationen zwischen Mitgliedern der Gattung homo sapiens eingeschränkt werden, in Frage zu stellen, und sie entspricht ja auch nicht der gesellschaftlichen Realität. Viele Menschen trauern über den Verlust ihres geliebten Tieres mehr als über den Verlust eines Verwandten oder gar über das Aussterben einer Art. Diese Bindung der Trauergefühle an atavistische, lokalistische und andere partikuläre Erfahrungsstrukturen erschwert ein konsistentes Handeln zur Verhinderung des allgemeinen Tötens von Menschen oder Umweltteilen. Die Privatisierung der Trauer erweist sich in diesem Zusammenhang als fatal und für die Entwicklung moderner Gesellschaften vielleicht als kontraproduktiv. Doch die Verinnerlichung der Emotionen bei gleichzeitiger „emotionsfreier“ Außenrationalität ermöglicht eine optimale Selbst- und Fremdinstrumentalisierung im Dienste gesellschaftlicher Systeme - und der kollektiven Unsterblichkeit. (109)

Die Zukunft von Sterben und Tod

Welche Todesängste und welche Unsterblichkeitsvorstellungen werden in Zukunft dominieren? Da die Identitätsvorstellungen der meisten Menschen auch mit der Integrität ihres Körpers bzw. ihrer Körperbilder verbunden sind, werden die neuen Möglichkeiten der Körpermanipulation zu Umstrukturierungen der Bewußtseine führen. Rechtliche Regelungen ohne empirische sozialwissenschaftliche Analysen werden unerwartete Konsequenzen haben. Eine offene kontroverse gesellschaftliche Diskussion über Euthanasie, Suizid, Abtreibung, Gen- und Reproduktionstechnik und andere "Lebensfragen" wird in Teilen der westlichen Öffentlichkeit geführt und wird sich fortsetzen. Als Grundlage solcher Diskurse sind mehr

fundierte empirische Untersuchungen und sozialwissenschaftliche Arbeiten notwendig. Wird dieser Aufklärungsprozeß auf demokratische Weise und mit wissenschaftlicher Begleitung betrieben, dann werden auch die von manchen befürchteten unerwünschten Wirkungen eher zu bewältigen sein, etwa zunehmende Gleichgültigkeit, Akzeptanz gegenüber verschiedenen Weisen des gewaltsamen Todes oder Dominanz instrumenteller Orientierung bei der Herstellung menschlichen Lebens. (112)

Doch die Zukunft von Sterben und Tod wird vor allem auch durch wissenschaftliche, technische und ökonomische Neuerungen bestimmt. Zwei Neuerungen der Todeskontrolle haben weltgeschichtliche Bedeutung: Die Chance, die gesamte Menschheit zu vernichten, ist wohl das erste Mal in der Geschichte gegeben. Die Option, die grundlegende Lebens-Tod-Programmierung zu ändern, wird wahrscheinlich in Zukunft zur Verfügung stehen. Was derzeit noch als Science Fiction gilt, kann - freilich in nicht vorhersehbarer Kontextbindung - in einiger Zeit realisiert werden: entscheidende Eingriffe in den Prozeß des Alterns; „Reinkarnation“ in Maschinen, Robotern oder gentechnisch neu konstruierten Wesen; Vermischung von Bewußtseinen, Personen, Identitäten und damit neue Formen des psychischen und sozialen Sterbens; Kopien von Bewußtseinstteilen, die gelagert und später in welcher Weise immer eingesetzt (reanimiert) werden können. Die Begriffe Mensch, Leben, Tod, Person, Seele werden also einer Revision unterzogen werden. In den Mythen und Phantasien der Menschen waren ähnliche Optionen schon seit langer Zeit „real“. Also eine Art von Remythologisierung auf technischer Basis?

Dem Megarisiko der Auslöschung der Menschheit oder sogar des Lebens auf der Erde durch einen Atomkrieg folgt vielleicht in Zukunft das Evolutionsrisiko der Gen- und Biotechnik, z.B. die Kreation einer Klasse der Langlebenden oder - wahrscheinlicher - unvorhergesehene strukturelle Komplikationen vieler „harmloser“ Kleinentscheidungen.

Jedenfalls hat die Gentechnik die bereits ehrwürdige Risikodebatte in den Industriestaaten bereichert und sie könnte die Atomkriegsmetapher als Toprisiko in Zukunft ablösen. Doch sie ist janusköpfig. Die einen befürchten ein neues Großrisiko für die Menschheit, ja für die Evolution, während andere eine Rettung im Falle des Eintritts von riesigen Schadensereignissen, vor allem von Umweltkatastrophen, gerade durch die Gentechnik erhoffen.

Apokalyptische Visionen tauchten immer wieder in der Geschichte der Menschheit auf. Die Jahrtausendwende ist geschaffen für entsprechende Szenarien. (113)

Literaturverzeichnis

- Anspach, R.:* Deciding who lives; fateful choices in an intensive-care nursery. Berkeley, Univ. of California Press, 1993.
- Ariès, P.:* Studien zur Geschichte des Todes im Abendland. München 1976.
- Ariès, P.:* Geschichte des Todes. Stuttgart 1982 (Orig. 1977).
- Baaren, Th.P. van:* Death. In: Eliade, M. (ed.), The Encyclopedia of Religion. New York 1987, 251-259.
- Baudrillard, J.:* Der symbolische Tausch und der Tod. München 1982.
- Bauman, Z.:* Tod, Unsterblichkeit und andere Lebensstrategien. Frankfurt/M, Fischer, 1994.
- Becker, U./Feldmann, K./Johannsen, F. (Hg.):* Sterben und Tod in Europa. Neukirchen, Neukirchener Verlag, 1997.
- Belk, R.W.:* Me and thee versus mine and thine; how perceptions of the body influence organ donation and transplantation. In: Shanteau, J. / Harris, R.J. (eds.) 1990, 139-149.
- Bellah, R.N.:* Beyond belief. Essays on religion in a post-traditional world. New York, Harper & Row, 1970.
- Bendiksen, R. / Fulton, R.:* Death and the child. Omega 6, 1975, 45-59.
- Bengtsson, T. et al.:* Pre-industrial population change: the mortality decline and short-term population movements. Stockholm, Almqvist, 1984.
- Berger, J.:* Was behauptet die Modernisierungstheorie wirklich - und was wird ihr bloß unterstellt? Leviathan, 1996, 45-62.
- Berger, P.L.:* Zur Dialektik von Religion und Gesellschaft. Frankfurt 1973.
- Berger, P.L./Lieban, R.:* Kulturelle Wertstruktur und Bestattungspraktiken in den Vereinigten Staaten. Kölner Z. f. Soz. u. Sozialpsych. 12, 1960, 224-236.
- Blad, J.:* Euthanasie und Strafrecht in den Niederlanden. Kriminologisches Journal 21, 1989, 2, 101-117.
- Blauner, R.:* Death and social structure. Psychiatry 29, 1966, 378-394.
- Blendon, R.J. et al.:* Should physicians aid their patients in dying: the public perspective. JAMA 267, 1992, 19, 2658-2662.
- Bloch, M.:* Death, women and power. In: Bloch, M. / Parry, J. (eds.) Death and the regeneration of life. Cambridge, Cambridge Univ. Press, 1982, 211-230.
- Blumenthal-Barby, K.:* Leben im Schatten des Todes. Wiesbaden, W. Jopp, 1991.
- Boehnke, K. u.a. (Hg.):* Leben unter atomarer Bedrohung. Ergebnisse internationaler psychologischer Forschung. Heidelberg, Asanger, 1989.
- Bond, J. / Briggs, R. / Coleman, P.:* The study of ageing. In: Bond, J. / Coleman, P. (eds.), Ageing in society. London, Sage, 1990, 17-47.
- Bowling, A./Cartwright, A.:* Life After a Death: A Study of the Elderly Widowed. London: Tavistock, 1982.
- Bowsky, W. (ed.):* The black death; turning point in history. Huntington, Krieger, 1978.
- Burnell, M.D. a. A.L.:* Clinical management of bereavement. New York, Human Sciences Pr., 1989.
- Charmaz, K.:* The social reality of death. Reading, Mass., 1980.
- Childe, V.G.:* Directional changes in funerary practices during 50.000 years. Man, 45, 1945, 16-18.
- Cipolletti, M.S.:* Langsamer Abschied. Tod und Jenseits im Kulturvergleich. Frankfurt, Museum f. Völkerkunde, 1989.
- Coppet, D. De.:* The life-giving death. In: Humphreys/King 1981, 175-204.
- Counts, D.R. / Counts, D.A.:* Conclusions; coping with the final tragedy. In: Counts, D.R. a. D.A. (eds.), Coping with the final tragedy. Amityville, NY, Baywood, 1992, 277-292.

- Culbert, T.P.*: The collapse of classic Maya civilization. In: Yoffee, N. / Cowgill, G.L. (eds.), The collapse of ancient states and civilizations. Tucson, Univ. Arizona Press, 1988.
- Cumming, E. / Henry, W.*: Growing old: the process of disengagement. New York, Basic Books, 1961.
- Davies, C.*: Dirt, death, decay and dissolution. In: Howarth, G./ Jupp, P.C. (eds.), Contemporary issues in the sociology of death, dying and disposal. London, Macmillan, 1996.
- Dickenson, D. / Johnson, M.* (eds.): Death, dying and bereavement. London, Sage, 1993.
- Dreitzel, H.P.*: Angst und Zivilisation. In: Dreitzel, H.P. / Stenger, H. (Hg.), Ungewollte Selbstzerstörung. Frankfurt, Campus, 1990, 22-46.
- Durkheim, E.*: Die elementaren Formen des religiösen Lebens. Frankfurt, Suhrkamp, 1981 (Orig. 1912).
- Durkheim, E.*: Der Selbstmord. Frankfurt, Suhrkamp, 1983 (Orig. 1897).
- Eibl-Eibesfeldt, I.*: Krieg und Frieden. Zur Naturgeschichte der Aggression. Funkkolleg Der Mensch, Studienbrief 10, Tübingen 1993.
- Eisenberg, G./Gronemeyer, H.* (Hg.): Der Tod im Leben. Gießen 1985.
- Eisenbruch, M.*: Cross-cultural aspects of bereavement. Culture, Medicine and Psychiatry, 8, 1984, 283-309 a. 315-347.
- Elias, N.*: Über den Prozeß der Zivilisation. 2 Bde. Frankfurt, Suhrkamp, 1976.
- Elias, N.*: Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Frankfurt, Suhrkamp, 1982.
- Englehardt, H.T.Jr.*: Death by free choice. In: Brody, B.A. (ed.), Suicide and euthanasia, Dordrecht 1989.
- Feldmann, K.*: Tod und Gesellschaft. Eine soziologische Betrachtung von Sterben und Tod. Bern/Frankfurt, Lang, 1990.
- Feldmann, K.*: Die Zukunft von Sterben und Tod. Psychomed 5,1993,1, 31-34.
- Feldmann, K.*: Leben und Tod im Werk von Talcott Parsons. In: Feldmann, K. / Fuchs-Heinritz, W. (Hg.), Der Tod ist ein Problem der Lebenden. Frankfurt./M., Suhrkamp, 1995a, 140-172.
- Feldmann, K.*: Aktive Sterbehilfe als soziales Problem. In: Böttger, A. (Hg.), Soll Sterbehilfe strafbar sein? Theorie u. Praxis, Bd. 57, FB Erziehungswiss. I, Univ. Hannover, 1995b.
- Feldmann, K.*: Physisches und soziales Sterben. In: Becker, U. / Feldmann, K. / Johannsen, F. (Hg.): Sterben und Tod in Europa. Neukirchen, Neukirchener Verlag, 1997.
- Feldmann, K. / Fuchs-Heinritz, W.* (Hg.), Der Tod ist ein Problem der Lebenden. Beiträge zur Soziologie des Todes. Frankfurt /M., Suhrkamp, 1995.
- Ferber, C.v.*: Soziologische Aspekte des Todes. Zeitschrift für evangelische Ethik 7, 1963, 338-360.
- Ferber, C.v.*: Der Tod. Ein unbewältigtes Problem für Mediziner und Soziologen. Kölner Z. f. Soz. u. Sozialpsych. 22, 1970. 237-250.
- Field, M.* (ed.): Success and crisis in national health systems, a comparative approach. New York, Routledge, 1989.
- Fletcher, J.*: Ethics and euthanasia. In: Weir, R.F. (ed.), Ethical issues in death and dying, New York 1977, 348-359.
- Fontana, A. / Smith, R.W.*: Alzheimer's disease victims; the "unbecoming" of self and the normalization of competence. Sociological Perspectives 32, 1989, 1, 35-46.
- Foucault, M.*: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses, Frankfurt, Suhrkamp, 1977.
- Fowlkes, M.R.*: The social regulation of grief. Sociological Forum 5,1990,4,635-656.
- Fox, R.C. / Swazey, J.P.*: The courage to fail; a social view of organ transplants and dialysis. Chicago 1974 (rev.ed. 1978).

- Freud, S.*: Zeitgemäßes über Krieg und Tod (1915). In: Freud, S., Gesammelte Werke, Bd. 10, Frankfurt/M 1946, 324-255.
- Freund, P.E.S. / Mcguire, M.B.*: Health, illness and the social body. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1991.
- Fröhlich, G.*: Ästhetik und Sozialstruktur - das symbolische Kapital der Lebensstile. In: Fröhlich, G. (Hg.), Das symbolische Kapital der Lebensstile. Ffm, Campus, 1994.
- Fuchs, W.*: Todesbilder in der modernen Gesellschaft. Frankfurt, Suhrkamp, 1979 (Orig. 1969).
- Fuchs, W.*: Herrschaft und Gewalt. In: Ebeling, H. (Hg.): Der Tod in der Moderne. Frankfurt 1984, 152-165.
- Fuchs, W.*: Todesbilder und Biographie. In: Eisenberg/ Gronemeyer 1985a, 43-58.
- Fuchs, W.*: Vertraut machen oder fremd bleiben beim Sterben. In: Sturm, H. (Hg.), Das Fremde, Aachen 1985b, 207 f.
- Fuchs-Heinritz, W.*: Auguste Comte: Die Toten regieren die Lebenden. In: Feldmann, K. / Fuchs-Heinritz, W.(Hg.), Der Tod ist ein Problem der Lebenden. Frankfurt, Suhrkamp, 1995.
- Fuchs-Heinritz, W.*: Die zerbrochene Vase, der zerbrochene Blumentopf. Überlegungen zur Ungleichheit der Toten im sozialen Gedächtnis. In: Becker/Feldmann/Johannsen (Hg.) 1997.
- Fulton, R. / Bendiksen, R.* (eds.): Death and identity. 3. ed. Philadelphia, Charles Press, 1994.
- Gebhard, U.*: Todesverdrängung und Umweltzerstörung. In: Becker, U. /Feldmann, K. / Johannsen, F. (Hg) 1997.
- Gehlen, A.*: Der Mensch. 7. Aufl. Frankft./M., Athenäum, 1962.
- Gennep, A. van*: Les rites de passage, Paris 1909 (deutsch: Übergangsriten, Frankfurt/M, Campus, 1986).
- George, W.* u.a.: Aktuelle empirische Daten zu Sterbebedingungen im Krankenhaus. Psychother. med. Psychol. 39, 1989, 306-309.
- Giddens, A.*: Konsequenzen der Moderne. Frankfurt, Suhrkamp, 1995.
- Glaser, B.G./Strauss, A.L.*: Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige. Göttingen 1974.
- Gleichmann, P.R.*: Sind Menschen in der Lage, vom gegenseitigen Töten abzulassen? Zum Verflechten von Militarisierungs- und Zivilisationsprozessen. In: Seifert, J. u.a., Logik der Destruktion, Frankfurt/M. 1992, 89-120.
- Goffman, E.*: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt 1974 (Orig. 1961).
- Goldenring, J.M. / Doctor, R.*: Teen-age worry about nuclear war; North American and European questionnaire studies. Int. J. Mental Health 15,1986,72-92.
- Goldscheider, C.*: Population, modernization, and social structure. Little, Brown, 1971.
- Goldscheider, C.*: The social inequality of death. In: Shneidman, E.S. (ed.): Death: current perspectives. 3. ed., Palo Alto 1984, 34-39.
- Goodman, H.G.*: Death work; staff perspectives on the care of terminally ill patients in an acute care hospital. City Univ. of New York, Diss., 1990.
- Gorer, G.*: The pornography of death. Encounter 5, 1955, 4, 49-52. (dt.: Die Pornographie des Todes. Der Monat 8, 1956, H. 92)
- Goubert, J.-P.*: Public hygiene and mortality decline in France in the 19th century. In: Bengtsson et al. 1984, 151-160
- Grüner, K.-W. / Helmrich, R.*: Die Todesanzeige: Viel gelesen, jedoch wenig bekannt. Historical Social Research 19, 1994, 1, 60-108.
- Guttandin, F.*: Der Schrecken des Todes. Zur Institutionenlehre Arnold Gehlens. In: Feldmann, K. / Fuchs-Heinritz, W. (Hg.), Der Tod ist ein Problem der Lebenden, Frankft., Suhrkamp, 1995.

- Habermas, J.*: Theorie des kommunikativen Handelns. Frankfurt/M. 1981.
- Hahn, A.*: Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit. Eine soziologische Untersuchung. Stuttgart 1968.
- Hahn, A.*: Tod und Individualität. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 31, 1979, 746-765.
- Hahn, A.* Sinn und Sinnlosigkeit, in: H. Haferkamp/M. Schmidt (Hg.), Sinn, Kommunikation und soziale Differenzierung, Frankfurt/M. 1987.
- Harris, M./ Ross, E.B.*: Death, sex, and fertility: population regulation in preindustrial and developing societies. New York, Columbia Univ. Pr., 1987
- Hawkins, A.H.*: Constructing death; three pathographies about dying. Omega 22,1991,4,301-317.
- Helmers, S.*: Tabu und Faszination. Über die Ambivalenz der Einstellung zu Toten. Berlin, Reimer, 1989.
- Hertz, R.*: Contribution à une étude sur la représentation collective de la mort. Année sociologique 10,1907,48-137.
- Hockey, J.*: Cultural and social interpretations of "dying" and "death" in a residential home for elderly people in the North East of England. Curare 8,1985,1,35-43.
- Hoff, J.* / in der *Schmittgen, J.* (Hg.): Wann ist der Mensch tot? Reinbek, Rowohlt, 1994.
- Howe, J.*: Das Sterben als Gegenstand psychosozialer Altersforschung. Stuttgart, Enke, 1987.
- Howe, J.*: Die Phasentheorie des Sterbens von Kübler-Ross. In: Howe, J. u.a. (Hg.), Lehrbuch der psychologischen und sozialen Alterswissenschaft, Heidelberg 1992, 54-68.
- Humphreys, S.C./King, H.* (eds.): Mortality and immortality: the anthropology and archaeology of death. London 1981.
- Illich, I.*: Die Nemesis der Medizin. Hamburg 1977.
- Imhof, A.E.*: Die gewonnenen Jahre. München 1981.
- Imhof, A.E.*: Die verlorenen Welten. München 1984.
- Imhof, A.E.*: Dreimal soviel Zeit zu leben wie unsere Vorfahren - noch haben wir Probleme damit. In: Kamper, D./Wulf, C. (Hg.), Die sterbende Zeit, Darmstadt 1987, 175-201.
- Imhof, A.E.*: Reife des Lebens, Gedanken eines Historikers zum längeren Leben. München, Beck, 1988.
- Imhof, A.E.*: Die Kunst des Sterbens (Ars moriendi) einst - und heute? In: Becker, U. / Feldmann, K. / Johannsen, F. (Hg.): Sterben in Europa. Neukirchen, Neukirchener Verlag, 1997.
- Jahoda, M./ Lazarsfeld, P.F./ Zeisel, H.*: Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch, (1933). Frankfurt/ M. 1975.
- Joas, H.*: Die Modernität des Krieges. Leviathan 1996, 13-27.
- Jonasch, K.* u.a.: Zum Prozeß der Aufklärung bei Carcinompatienten in einer chirurgischen Klinik. Der Chirurg 60, 1989, 464-469.
- Jonassohn, K./Chalk, F.*: A typology of genocide and some implications for the human right agenda. In: Wallimann/ Dobkowski 1987, 3-20.
- Jupp, P.*: Cremation or burial? In: Clark, D. (ed.), The sociology of death; theory, culture, practice. Oxford, Blackwell, 1993.
- Kalish, R.A.*: Life and death. Amer. Psychol. Assn., New York 1966.
- Kamerman, J.B.*: Death in the midst of life, social and cultural influences on death, grief, and mourning. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1987.
- Kastenbaum, R.J.*: Death, society, and human experience, St. Louis 1977 (4.ed., Columbus, Merrill, 1991)

- Kearl, M.C.:* Endings: a sociology of the dying and the dead. New York, Oxford Univ. Press, 1989.
- Kellehear, A.:* Dying of cancer. The final year of life. London, Harwood Academic Publ., 1990a.
- Kellehear, A.:* The near-death experience as status passage. Soc. Sci. Med. 31, 1990b, 933-939.
- Klass, D. / Marwit, S.J.:* Toward a model of parental grief. Omega 19, 1988-89, 1, 31-50.
- Kluge, N.:* Wann beginnt menschliches Leben? Sankt Augustin, Academia Verlag, 1992.
- Kübler-Ross, E.:* Interviews mit Sterbenden. Stuttgart 1969.
- Kunczik, M.:* Gewalt im Fernsehen. Media Perspektiven 1993a, 3, 98-107.
- Kunczik, M.:* Gewaltdarstellungen - ein Thema seit der Antike. Media Perspektiven 1993b, 3, 108-113.
- Laer, H. van:* Statistik der Sterblichkeit. In: Howe, J. u.a. (Hg.) Lehrbuch der psychologischen und sozialen Alternswissenschaft. Bd. 4, Heidelberg 1992, 35-47.
- Lamb, D.:* Organ transplants. In: Dickenson, D. / Johnson, M. (eds.) Death, dying and bereavement, London 1993, 130-134.
- Leaney, J.:* Ashes to ashes; cremation and the celebration of death in nineteenth century Britain. In: Houlbrooke, R. (ed.), Death, ritual and bereavement, London 1989.
- Lenzen, D.:* Mythologie der Kindheit. Reinbek 1985.
- Lifton, R.J.:* Death in life: survivors of Hiroshima. New York, Random House, 1967.
- Lifton, R.J.:* Der Verlust des Todes - über die Sterblichkeit des Menschen und die Fortdauer des Lebens. München 1986 (Orig. 1979).
- Luhmann, N.:* Der medizinische Code. In: ders., Soziologische Aufklärung 5. Opladen 1990, 183-195.
- Macho, Th.H.:* Todesmetaphern. Vom Reden über den Tod. Frankfurt, Suhrkamp, 1987.
- Malinowski, B.:* Magie, Wissenschaft und Religion und andere Schriften. Frankfurt 1983.
- Mann, M.:* Geschichte der Macht. 2 Bde. Frankfurt/M 1994.
- Mauss, M.:* Soziologie und Anthropologie Bd. II: Gabentausch, Soziologie und Psychologie, Todesvorstellung, Körpertechniken, Begriff der Person. Frankfurt, Fischer, 1978.
- McKellin, W.H.:* Passing away and loss of life. Aging and death among the Managalese of Papua New Guinea. In: Counts, D.A.a.D.R. (eds.), Aging and its transformations, University Press of America, 1985, 181-202.
- Metcalfe, P. / Huntington, R.:* Celebrations of death. The anthropology of mortuary ritual. 2. ed. Cambridge, Cambridge UP, 1991.
- Monte, P.:* Attitudes toward the voluntary taking of life - an updated analysis of euthanasia correlates. Sociological Spectrum 11, 1991, 3, 265-278.
- Mulkay, M. / Ernst, J.:* The changing profile of social death. Arch. europ. sociol. 32, 1991, 172-196.
- Myska, M.J. / Pasewark, R.A.:* Death attitudes of residential a. nonresidential rural aged persons. Psychological Reports 43, 1978, 1235-1238.
- Nassehi, A. / Weber, G.:* Tod, Modernität und Gesellschaft. Zu einer Theorie der Todesverdrängung. Opladen, Westdeut. Verlag, 1989.
- Nölle, V.:* Vom Umgang mit Verstorbenen. Eine mikrosoziologische Erklärung des Bestattungsverhaltens. Frankfurt/M., Lang, 1997.
- Ochsmann, R.:* Angst vor Tod und Sterben. Göttingen, Hogrefe, 1992.
- Ochsmann, R.:* Angst vor Sterben und Tod. In: Becker, U. / Feldmann, K. / Johannsen, F. (Hg.): Sterben und Tod in Europa. Neukirchen, Neukirchener Verlag, 1997.
- Ochsmann, R. (Hg.):* Lebens-Ende. Heidelberg, Asanger, 1991.

- Ochsmann, R. / Hettwer, H. / Floto, C.:* Am Ende des Lebens. Nahe-Tod-Erlebnisse und Sterbeerfahrungen. In: Ochsmann (Hg.), *Lebens-Ende*, Heidelberg 1990, 101-118.
- Ochsmann, R. / Howe, J.* (Hg.): *Trauer - Ontologische Konfrontation*. Stuttgart, Enke, 1991.
- Ohnuki-Tierney, E.:* Brain death and organ transplantation. *Current Anthropology* 35,1994,3,233-242.
- Parsons, T.:* *The social system*. New York 1951.
- Parsons, T./Fox, R.C./Lidz, V.M.:* The "gift of life" and its reciprocation. In: Mack, A. (ed.), *Death in American experience*. New York 1973, 1-49.(auch in:*Soc.Res.* 39,1972,367-415)
- Parsons, T./Lidz, V.M.:* *Death in American society*. In: Shneidman, E.S., *Essays in self-destruction*, New York 1967, 133-170
- Patterson, O.:* *Slavery and social death - a comparative study*. Cambridge, Mass., Harvard Univ. Pr., 1982.
- Perrenoud, A.:* The mortality decline in a long-term perspective. In: Bengtsson et al. 1984, 41-70
- Pflanz, M.:* *Der unnatürliche Tod*. In: *Was ist der Tod? 11 Beiträge und eine Diskussion*. München, Piper, 1969.
- Phillips, D. / Feldman, K.:* A dip in death before ceremonial occasions. *American Sociol. Rev.* 38,1973,678-696.
- Prior, L.:* *The social organization of death: medical discourse and social practices in Belfast*. London,Macmillan, 1989.
- Proust, M.:* *Auf der Suche nach der verlorenen Zeit*. Frankfurt., Suhrkamp, 1981.
- Rando, T.A.:* Death and dying are not and should not be taboo topics. In: Kutscher et al. (eds.), *Principles of thanatology*, New York 1987, 31-66.
- Richard, B.:* *Todesbilder - Kunst, Subkultur, Medien*. München, Fink, 1995.
- Riley, J.M. Jr.:* Dying and the meanings of death: sociological inquiries. *Ann. Rev. Sociol.* 9, 1983, 191-216.
- Rinaldi, A. / Kearl, M.C.:* The hospice farewell; ideological perspectives of its professional practitioners. *Omega* 21,1990,4, 283-300.
- Rosenblatt, P.C.:* Cross-cultural variation in the experience, expression, and understanding of grief. In: Irish, D.P. et al. (eds.) 1993, 13-20.
- Rosenblatt, P.R./ Walsh, P. and Jackson, D. :* *Grief and mourning in cross-cultural perspective*. New Haven 1976.
- Schiefenhövel, W. u.a.:* *Von der Wiege bis zur Bahre*. In: *Funkkolleg Der Mensch, Studienbrief 1*, Tübingen 1992.
- Schiefenhövel, W.:* *Leid ohne Sinn? Krankheit, Sterben, Tod*. In: *Funkkolleg Der Mensch, Studienbrief 8*. Tübingen 1993.
- Schmied, G.:* *Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft*. Opladen, Leske, 1985.
- Schröter-Kunhardt, M.:* *Erfahrungen Sterbender während des klinischen Todes*. *TW Neurologie Psychiatrie* 9,1995, 132-140.
- Schulz, R./Aderman, D.:* *Clinical Research and the stages of dying*. *Omega* 15, 1974, 137-143.
- Seale, C.:* *Communication and awareness about death - a study of a random sample of dying people*. *Soc. Science a. Medicine* 32,1991, 8,943-952.
- Seale, C. / Cartwright, A.:* *The year before death*. Aldershot, Avebury, 1994.
- Shanteau, J. / Harris, R.J.* (eds.): *Organ donation and transplantation - psychological and behavioral factors*. Washington, DC, 1990.
- Simmons, R.G. et al.:* *Gift of life; the social and psychological impact of organ transplantation*. New York, Wiley, 1977.
- Simmons, L.W.:* *The role of the aged in primitive society*. New Haven, Yale UP, 1970.

- Sprott, R.L.:* Policy implications and ethical dilemmas posed by an aging population. In: *Ludwig, F.C.* (ed.), *Life span extension*. New York 1991, 120-131.
- Streckeisen, U.:* Vom Kampf gegen den Tod zur Strategie des Offenhaltens - Definitionsverzicht und Handlungsmacht der Medizin am Sterbebett. In: *Becker / Feldmann / Johannsen* (Hg.) 1997.
- Streckeisen, U. / Vischer, L.R. / Gross, C.S.:* Die berufliche Konstruktion des Lebensendes. Thanatopraktische Handlungsweisen in explorativer Sicht. Forschungsbericht, Univ. Bern, 1992.
- Stroebe, M.* et al.: Broken hearts or broken bonds. Love and death in historical perspective. *American Psychologist*, Oct. 1992, 1205-1212.
- Stroebe, W.* and *M.S.:* Bereavement and health. The psychological and physical consequences of partner loss. Cambridge, Cambridge U.P. 1987.
- Stroebe, W. and M.S.:* Is grief universal? Cultural variations in the emotional reaction to loss. In: *Fulton/ Bendixen* 1994, 177- 212.
- Stubbe, H.:* Formen der Trauer, Berlin 1984.
- Student, J.-C.:* Bedingungen für ein menschenwürdiges Sterben - Die zehn Grundprinzipien der Hospiz-Bewegung. *Mensch - Medizin - Gesellschaft* 12, 1987, 232-240.
- Stumpfe, K.-D.:* Psychosoziale Faktoren beim Sterben und Tod. In: *Sich, D.* u.a. (Hg.), *Sterben und Tod. Eine kulturvergleichende Analyse*, Braunschweig 1986, 227-236.
- Sudnow, D.:* Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung. Frankfurt 1973.
- Turner, B.S.:* The body and society. Explorations in social theory. Oxford 1984.
- Turner, B.S.:* Regulating bodies. Essays in medical sociology. London, Routledge, 1992.
- Turner, R./Edgley, C.:* Death as theatre: a dramaturgical analysis of the American funeral. *Sociology a. Social Res.* 60, 1975, 377-392.
- Umberson, D. / Henderson, K.:* The social construction of death in the Gulf War. *Omega* 25,1992,1,1-15.
- Updike, J.:* *Rabbit in Ruhe*. Reinbek, Rowohlt, 1992.
- Urbain, J.-D.:* *L'archipel des morts*. Paris, Plon, 1989.
- Victor, C.R.:* Health policy and services for dying people and their carers. In: *Dickenson, D. / Johnson, M.* (eds.), *Death, dying and bereavement*, London 1993, 55-63.
- Vovelle, M.:* *La mort et l'occident de 1300 a nos jours*. Paris 1983.
- Walter, T.:* Modern death - taboo or not taboo. *Sociology* 25,1991, 2,293-310.
- Ward, R.A.:* Age and acceptance of euthanasia. *J. Gerontology* 35,1980,3,421-431.
- Wass, H.* et al.: Adolescents and death on television, a follow-up study. *Death Studies* 13, 1989, 2, 161-174.
- Weber, H.-J.:* *Der soziale Tod. Zur Soziogenese von Todesbildern*. Frankfurt, Lang, 1994.
- Weber, M.* *Wissenschaft als Beruf*. In: *Ders.*, *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*, 3. Aufl. Tübingen 1968, 582-613.
- Weber, M.:* *Gesammelte Politische Schriften*. (Orig. 1921). Tübingen, Mohr/UTB, 1988.
- Weber-Kellermann, I.:* *Die helle und die dunkle Schwelle. Wie Kinder Geburt und Tod erleben*. München, Beck, 1994.
- Weede, E.:* Der Sonderweg des Westens. *Z. f. Soziologie* 17, 1988, 172-186.
- Wiedenmann, R.E.:* Neuer Totemismus? Überlegungen zur Genese und Semantik moderner Tierbestattung. *Soz. Welt* 44,1993,2, 199-222.
- Wiegels, R.:* Die Griechen und der Tod. In: *Ochsmann, R.* (Hg.), *Lebens-Ende*, Heidelberg 1990, 1-36.
- Wilkinson, R.G.* (ed.): *Class and health: research a. longitudinal data*. London, Tavistock Publ., 1986.
- Wimmer, M.:* *Die Kindheit auf dem Lande*. Reinbek 1978.

Wouters, C.: Changing regimes of power and emotions at the end of life, the Netherlands 1930-1990. *Netherlands· J. of Soc. Sciences* 26,1990, 151-167.
Yoffee, N.: Orienting collapse. In: Yoffee, N. / Cowgill, G.L. (eds.), *The collapse of ancient states and civilizations*. Tucson, Univ. of Arizona Press, 1988, 1-19.
Ziegler, P.: *The black death*. New York, Day, 1969.
Zinn, K.G.: *Kanonen und Pest. Über die Ursprünge der Neuzeit im 14. und 15. Jahrhundert*. Opladen, Westdeut. V., 1989.
Zulehner, P. / Denz, H.: *Wie Europa lebt und glaubt*. Düsseldorf, Patmos, 1993.

Prof. Dr. Klaus Feldmann
k.feldmann@ish.uni-hannover.de