

Überlegungen zu den Perspektiven einer Zeitgeschichte des Sterbens

Reflections on the Perspectives of a Contemporary History of Dying

Florian Greiner

Im Unterschied zu anderen Disziplinen steckt die zeithistorische Erforschung des Sterbens noch in den Kinderschuhen. Der Essay diskutiert Ursachen hierfür und stellt aufbauend auf ein größeres Forschungsprojekt Perspektiven und Chancen einer Zeitgeschichte des Sterbens vor. Ausgangspunkt ist eine Analyse der medizinischen und demografischen Verschiebungen am Lebensende nach 1945. Die gesellschaftlichen Reaktionen darauf in der Bundesrepublik und in der DDR werden exemplarisch anhand von drei Entwicklungen geschildert: der kirchlichen Beschäftigung mit dem Sterben, massenmedialen Repräsentationen sowie dem Aufkommen von Hospiz- und Sterbehilfebewegung.

Sterben, Lebensende, Zeitgeschichte, Sterbebegleitung, Sterbehilfe

In contrast to other disciplines, contemporary historical research on dying is still in its very early stages. This essay discusses the reasons for this and, building on a larger research project, presents opportunities and perspectives for a contemporary history of dying. The starting point is an analysis of the medical and demographic shifts at the end of life after 1945. The social reactions to the Federal Republic and the GDR are described using three developments as examples: the church's preoccupation with dying, mass media representations and the emergence of the hospice and euthanasia movement.

Dying, death, contemporary history, end-of-life care, euthanasia

Einleitung

»Wie kommt man denn nur auf dieses Thema?« – dies mag keine besonders untypische Frage bei wissenschaftlichen Qualifikationsarbeiten sein, aber die Häufigkeit und die ganz spezielle Intonation, mit der sie im Falle dieses Forschungsprojekts zur Zeitgeschichte des Sterbens gestellt wurde, waren doch ungewöhnlich. Dahinter verbergen sich mindestens drei grundlegende

Annahmen über das Sterben – als Untersuchungsgegenstand wie als lebensweltliches Phänomen –, die bereits auf spezifische analytische Perspektiven verweisen.

Das Sterben ist ein Tabu – oder zumindest doch kein Modethema

Kaum eine These zur Entwicklung des menschlichen Lebensendes war und ist derart wirkmächtig wie die, dass Tod und Sterben moderne Tabuthemen darstellen. Um es vorwegzunehmen: Eine systematische Untersuchung ergibt recht schnell, dass die Tabuisierungsthese – auch wenn man sich gerne als ›Tabubrecher‹ loben lässt – empirisch unhaltbar ist: Ein formelles Sprechverbot oder auch nur eine stillschweigende gesellschaftliche Übereinkunft, dass man über Tod und Sterben nicht öffentlich reden dürfe, existierte nach 1945 zu keiner Zeit, schon gar nicht ab dem letzten Drittel des 20. Jahrhunderts, als die Themen sogar in den massenmedialen Fokus rückten (Martin/Tradii 2019; ferner Greiner 2023: 63 ff.). Auch die wissenschaftliche Beschäftigung mit ihnen wuchs rasch an und mit der Thanatologie etablierte sich ein eigenes, stark interdisziplinär ausgerichtetes Forschungsgebiet. Dieses hat in manchen Disziplinen (etwa der Soziologie, der Ethnologie oder der Psychologie) indes deutlich mehr Widerhall gefunden als in der Geschichtswissenschaft. Hier ist zum einen festzustellen, dass sich thanatologische Perspektiven viel häufiger in der Alten Geschichte, der Mediävistik und der Frühneuezeitforschung finden als in der Neueren und Neuesten Geschichte oder gar der Zeitgeschichte – was frappierend ist, weil das Sterben gerade im 20. Jahrhundert eine ganz neue gesellschaftliche Bedeutung erlangt hat. Zum anderen liegt der Fokus aber ohnehin zumeist auf der Frage, was nach dem Sterben passiert, also auf Themen wie Trauerritualen, Bestattungswesen oder Sepulkralkultur allgemein. Das Sterben selbst als letzte Lebensphase ist dagegen, obwohl viele Facetten – man denke nur an die Sterbehilfeproblematik oder die Sterbebegleitung – seit etlichen Jahren heiß debattiert werden, noch weitgehend unbearbeitet geblieben. Dies dürfte vor allem mit der Quellenproblematik zusammenhängen, also der Frage: Wie kann man sich dem Sterben überhaupt geschichtswissenschaftlich annähern?

Sich mit dem Sterben zu befassen, ist... unangenehm

Damit verbindet sich ein zweiter Punkt: Skepsis und Vorbehalte bezüglich der Themenwahl ›Sterben‹ beziehen sich häufig darauf, dass für viele Menschen eine längere Beschäftigung damit unvorstellbar, da emotional belastend, erscheint. Allerdings lässt sich ein gewinnbringender historiografischer Zugriff auf das Thema nicht über die Analyse individueller Schicksale entwickeln. Zeit-historisch aufschlussreich ist vielmehr die gesamtgesellschaftliche Entwicklung, sowohl auf der diskursiven Ebene als auch hinsichtlich konkreter Praktiken. Die neue gesundheitspolitische Bedeutung des Sterbens, dessen massenmediale

Perspektivierungen, die intensive kirchliche Beschäftigung damit, die wachsende wissenschaftliche Sterbeforschung, die Neukonzeption der Sterbebegleitung und der Siegeszug der Hospizidee, oder die wiederaufblühende Diskussion um Sterbehilfe – all diese Aspekte machen das Lebensende zu einer Sonde, über die breite zeithistorische Entwicklungen und Verschiebungen eingefangen werden können. Sie eröffnen vielfältige Quellenbestände: von staatlichen über kirchlichen bis hin zu privaten Organisationsarchiven, medizinische und thanatologische Fachliteratur, Presse, Film und Fernsehen, Interviews mit Engagierten aus der AIDS-Bewegung oder Führungspersonal von Sozial- oder Pflegediensten bzw. aus der Pharmaindustrie. Im Vergleich zu der sich dahinter verbergenden Vielfalt an äußerst tatkräftigen Akteuren war und ist die Agency von Sterbenden selbst wenig ausgeprägt. Mit Ausnahme von einigen (publizierten oder unpublizierten) Sterbetagebüchern oder den ab Ende der 1960er Jahre so beliebten, allerdings von Nicht-Sterbenden geführten »Interviews mit Sterbenden« (Kübler-Ross 1971; siehe auch König 1977; Piper/Zabel/Grunow 1973) sind deren Wünsche und Erfahrungen quellentekhnisch kaum repräsentiert. Mit anderen Worten: In einer Zeitgeschichte des Lebensendes findet man nur mittelbar etwas über die Sterbenden selbst heraus – dafür sehr viel über die Perspektiven, Erwartungen und Sorgen der (noch) Lebenden.

Die Erkenntnispotenziale einer Geschichte des Sterbens sind nicht offenkundig

Und damit kommen wir zum letzten Punkt: Warum schreibt man überhaupt eine Zeitgeschichte des Sterbens und wo liegt deren Mehrwert für die Forschung? Sterben und Tod sind bekanntermaßen biologische Phänomene. Ihre gesundheitspolitische, medizinisch-pflegerische, kulturelle und individuell-lebensweltliche Ausgestaltung ist jedoch abhängig vom jeweiligen historischen Kontext. Da »Sterbewelten« (Schnell/Schneider/Kolbe 2014) immer Konstrukte sind, stellt das Lebensende einen Seismografen für gesellschaftlichen Wandel, soziale Ungleichheiten oder politische Verschiebungen dar. Nach 1945, und insbesondere im letzten Viertel des 20. Jahrhunderts, explodierte die Aufmerksamkeit für das Thema und es entstand ein neues Problembewusstsein für das Sterben und für Sterbende. Die Ursachen dahinter verdeutlichen zugleich die Perspektiven einer Zeitgeschichte des Sterbens: Diese berührt u. a. Fragen einer Geschichte des Alter(n)s und der Folgeprobleme einer Bevölkerung, die immer älter wird sowie die sich damit verbindenden Herausforderungen für Gesundheitspolitik und Wohlfahrtsstaat; die Rolle von Religion und der Kirchen in der modernen Gesellschaft; das Erbe des Nationalsozialismus; Praktiken der Verwissenschaftlichung sowie den wachsenden Einfluss von Massenmedien, der Medikalisierung oder des sozialen Protests, etwa in Form des Aufkommens Neuer Sozialer Bewegungen. Eine Zeitgeschichte des Sterbens ermöglicht damit neue Perspektiven auf eine

Epoche, die durch veränderte gesellschaftliche Erwartungshorizonte, soziale, religiöse, mediale und demografische Umbrüche, Wertewandel, Verschiebungen im Verhältnis von Öffentlichem und Privatem, Prozesse der Rationalisierung und Ökonomisierung sowie die Entstandardisierung von Lebensentwürfen charakterisiert war.

Eine weitere Erkenntnisdimension ergibt sich durch den räumlichen Fokus auf die beiden deutschen Staaten sowie die wiedervereinigte Bundesrepublik. Dieser lenkt den Blick auf das gemeinsame Erbe, insbesondere die Erfahrungen im ›Dritten Reich‹ und im Zweiten Weltkrieg, sowie auf jenen konfliktreichen Wandlungsprozess, den anschließend DDR wie Bundesrepublik durchliefen (Jarusch 2004). Zugleich verweist er aber auf die unterschiedliche politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Die Folgen der Transformation der Sterbekultur vom ›gewaltsamen‹ zum ›natürlichen‹ Tod erscheinen eben auch als eine Nachgeschichte des Zweiten Weltkriegs. Dabei waren die Auseinandersetzungen mit dem Nationalsozialismus und Fragen der Vergangenheitsbewältigung in mancherlei Hinsicht auch im Bereich des Lebensendes zentral für die politische, soziale und kulturelle Entwicklung beider deutscher Staaten. Und doch zeigt sich, dass viele der Veränderungen seit dem Zweiten Weltkrieg anderweitig determiniert waren, etwa auf transnationale Einflüsse, strukturelle Verschiebungen wie den medizinischen Fortschritt und seine Folgen oder auch auf spezifisch deutsche Eigenheiten wie die Systemkonkurrenz zwischen Bundesrepublik und DDR zurückzuführen waren. Dies gilt umso stärker im wiedervereinigten Deutschland der 90er Jahre. Dass sich das Thema Sterben so gut für einen solchen Zugriff auf die deutsche Geschichte nach 1945 eignet, liegt vor allem daran, dass entscheidende strukturelle Verschiebungen nach 1945 gleichermaßen in Ost wie West stattfanden – und die unterschiedlichen Systeme vor ganz ähnliche Herausforderungen und Probleme stellten.

Sterben nach 1945 – älter, langsamer, anders?

Während die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts, zumal in Deutschland, vor allem durch den ›tragischen Tod‹ in Form des gewaltsamen Massensterbens durch Krieg und Genozid geprägt war, entwickelte sich nach 1945 der ›natürliche Tod‹ zum bestimmenden Merkmal des Lebensendes. Dieses wurde zunehmend assoziiert mit fortgeschrittenem Alter, schwerer, oft chronischer Krankheit und dem langsamen Sterben unter ärztlicher Begleitung. Eine erste markante Veränderung betraf die rasch steigende Lebenserwartung. Dies freilich war ein historischer Langzeitprozess, der bis weit ins 19. Jahrhundert zurück reichte. War die sukzessive Erhöhung lange im Wesentlichen Folge des Rückgangs

der Kinder- und Müttersterblichkeit, erfolgte infolge des medizinischen Fortschritts nach 1945 ein Zugewinn an Lebensjahren im Alter von über 60. Starben Menschen im Deutschen Reich Anfang des 20. Jahrhunderts im Schnitt mit knapp über 45 Jahren, so waren es bei Ausbruch des Zweiten Weltkriegs bereits mehr als 60. Im wiedervereinigten Deutschland erreichte die Lebenserwartung im Jahr 2000 schließlich knapp 78 Jahre (Männer: 75,4; Frauen: 81,2), nachdem sie in beiden deutschen Staaten sukzessive gestiegen war, wobei der Wert in der DDR immer niedriger lag als in der Bundesrepublik (vgl. Greiner 2023: 28 ff.). Fast noch wichtiger: Im Unterschied zu früheren Epochen, als der Tod alle Lebensphasen durchzog, starben Menschen nun fast ausschließlich im hohen Alter – von zehn geborenen Männern und Frauen erreichten 1986 sieben beziehungsweise acht das 70. Lebensjahr. Mit der sich herausbildenden ›Normalbiografie‹ setzte ein radikaler Wandel von der »unsicheren zur sicheren Lebenszeit« ein (Imhof 1988). Biografische Planbarkeit und Vorhersehbarkeit bestimmten fortan das Bild des Lebens ebenso wie das Bild von Tod und Sterben (vgl. Elias 1982: 17).

Mit der Verschiebung des Todeszeitpunkts ging eine Veränderung der Sterbensverläufe einher. Ein Blick auf die häufigsten Todesursachen zeigt dies eindringlich: Waren um 1900 noch eine Vielzahl an Infektionserkrankungen wie Tuberkulose oder Grippe mit zumeist eher schnellem Verlauf sowie Unfälle und die hohe Kinder- und Müttersterblichkeit hauptverantwortlich für das Ende des Lebens, starben knapp 100 Jahre später mehr als die Hälfte aller Menschen an Herz-Kreislaufkrankungen sowie an Krebs und damit an langwierigen Krankheiten. Die Todesursachenstatistik ist im Detail nicht unproblematisch (Gräß 1996), aber die Verschiebung von akuten zu chronischen Sterbeverläufen statistisch klar zu belegen (vgl. Corr 1998: 33). So verlängerte sich im Laufe des 20. Jahrhunderts nicht nur die menschliche Lebenszeit, sondern auch und gerade der letzte Abschnitt des Lebens, die Phase des Sterbens. Neben dem demografischen Wandel, hinter dem verbesserte soziale Lebensbedingungen in den Bereichen Ernährung, Hygiene und Arbeitsschutz standen, war hierfür vor allem der medizinische Fortschritt verantwortlich. Insbesondere der Aufschwung der (kostenintensiven) Intensivmedizin seit den 1960er Jahren erlaubte lebensverlängernde Maßnahmen auch und gerade bei Todkranken.

Im Zusammenhang damit wandelten sich auch die Orte des Sterbens: Immer seltener endete das Leben in den heimischen vier Wänden, und immer häufiger verbrachten Menschen ihre letzten Wochen und Monate im Krankenhaus oder Altenheim. Starben um 1900 schätzungsweise noch 80% aller Menschen zu Hause, so war es im Jahr 2000 nur noch knapp ein Viertel. Umgekehrt explodierte die Zahl der in medizinischen Institutionen Verstorbenen in diesem Zeitraum von knapp 10% auf fast 70% (vgl. Schied 1980: 10; Student/Napiwotzky 2011: 199 f.). Dass heute die Mehrzahl der Menschen in Institutionen und eben

nicht zu Hause sterben, hängt neben medizinischen Entwicklungen nicht zuletzt mit den gewandelten Familienstrukturen und der gestiegenen Zahl an Einpersonenhaushalten zusammen, die eine häusliche Betreuung Sterbender durch Familienmitglieder verkomplizierten: Hatten im Deutschen Kaiserreich um 1900 noch 44% der Haushalte fünf oder mehr Personen, so sank der Wert bis 2000 auf 4%, während im gleichen Zeitraum die Zahl der Haushalte mit nur einer Person von 7% auf 36% stieg (vgl. Greiner 2023: 48). Indes erreichte der Anteil der im Krankenhaus Verstorbenen in der Bundesrepublik um 1980 seinen Höhepunkt und ist seitdem wieder leicht rückläufig, was vor allem mit verbesserten Möglichkeiten ambulanter Versorgung von Sterbenden zu erklären ist, die auch eine Reaktion auf die neuen Sparmaßnahmen im Gesundheitssystem waren (vgl. Blumenthal-Barby 1991: 19 ff.).

Denn zu sterben, dauerte in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts im Schnitt nicht nur länger als früher, es war infolge der genannten Entwicklungen auch viel teurer geworden. In der Gesundheitsökonomie entstand die sogenannte ›Sterbekostenthese‹, laut der nicht das immer weiter steigende Lebensalter der Bevölkerung an sich, sondern das Sterben und speziell die letzten Lebenswochen in Zeiten der modernen Medizin zu den höchsten Behandlungskosten führen (Nöthen 2011). Das Sterben wurde so zu einem integralen Bestandteil der Debatte um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen, mit der sich eine grundsätzliche Kritik am Sozialstaat verband. Diese zielte in dem einen Fall – vorgetragen von konservativ-neoliberaler Seite – auf eine stärkere Privatisierung von Lebensrisiken, im anderen Fall – artikuliert primär vonseiten der politischen Linken – auf mehr Eigenverantwortung im Sinne einer ›Hilfe zur Selbsthilfe‹.

Die Entdeckung des Sterbens

Seit den späten 1960er Jahren werden diese Verschiebungen am Lebensende – zunächst in den USA und Großbritannien, aber rasch auch in der BRD und sogar in der DDR – mit Begriffen wie ›Institutionalisierung‹, ›Hospitalisierung‹ oder ›Medikalisierung‹ des Sterbens beschrieben; Termini, die negativ behaftet sind, was darauf verweist, dass es keine neutralen Gegenwartsdiagnosen waren. Tatsächlich begannen in jenen Jahren immer mehr Menschen, auf die als solche wahrgenommenen Missstände zu reagieren, was sich u. a. in einer neu konzipierten Sterbebegleitung und hitzigen Debatten um Sterbehilfe niederschlug – es kam zur ›Entdeckung des Sterbens‹. Ferner kam in genau jenem Kontext die These von der Tabuisierung des Todes auf. Seien Sterbende in früheren Zeiten stets im Alltag präsent gewesen, werde der Tod nun in Krankenhäusern klinisch verwaltet und damit aus dem öffentlichen Bewusstsein verdrängt. Ein ›Todestabu‹, so verkündete der englische Anthropologe Geoffrey

Gorer bereits 1955, habe das Sexualtabu des 19. Jahrhunderts ersetzt (Gorer 1955). In der Geschichtswissenschaft war es vor allem der französische Mediävist Philippe Ariès, der die These in seinen in den 70er Jahren erschienenen Studien zur »Geschichte des Todes« stark machte und popularisierte. Während in Antike, Mittelalter und Früher Neuzeit ein bewusster Umgang mit dem Sterben vorgeherrscht habe, der Tod stets »etwas Soziales und Öffentliches« gewesen sei, müsse im 20. Jahrhundert dessen Verdrängung konstatiert werden (Ariès 2005: 716; ders. 1976).

Das gewichtigste Argument gegen die These von der Tabuisierung des Todes ist zweifellos, dass in dem Moment, in dem sie aufkam, das Thema einen massiven Boom erfuhr. Süffisant nannte der Soziologe Michael Simpson den Tod schon 1979 ein »sehr schlecht gehütetes Geheimnis« – das Sterben sei so unaussprechlich, »dass es heute 650 Bücher im Handel gibt, die uns versichern, dass wir das Thema ignorieren« (Simpson 1979: VII; Übers. d. Verf.). Tatsächlich erschienen laut einer Bibliografie alleine in den USA zwischen 1964 und 1980 knapp 5.300 Publikationen zu ›Tod und Sterben‹ mit wissenschaftlichem Anspruch (Fulton 1977; ders. 1981). Die Erforschung von Tod und Sterben erlebte im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts einen derartigen Aufschwung, dass bereits zeitgenössische Beobachter einen »thanatological chic« diagnostizierten (Lofland 1978: 10). Dieser betraf mit etwas Zeitverzögerung ab den späten 70er Jahren sogar die DDR. Stand das Sterben bis dato ob der stark diesseitsbezogenen Ideologie nicht im Zentrum der Debatte, so änderte sich dies spätestens im Anschluss an eine Rede des SED-Chefideologen Kurt Hager über die Notwendigkeit einer sozialistischen Antwort auf die Frage nach dem Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden. Spätestens jetzt widmete sich die marxistische Philosophie und Medizinethik ausführlich den Problemen am Lebensende, und es entstand ein eigener thanatologischer Zweig, dem führende Forscher wie Uwe Körner, Achim Thom oder Karl Seidel angehörten. In den 1980er Jahren entstanden immer mehr einschlägige Schriften, die nicht nur in medizinethischen Sammelbänden oder in monografischer Form erschienen, sondern auch in den führenden Fachorganen anderer Disziplinen (Feldes/Hahn 1980; Körner 1982; Hahn/Thom 1983; Luther 1987; Seidel/Hinderer/Körner 1981). Und auch öffentlich gewann das Lebensende eine neue ›Sichtbarkeit‹. Mit der allgegenwärtigen Klage von der Tabuisierung des Sterbens ging also zweifellos die Entdeckung dieses Themas einher – mit der sich wiederum bestimmte gesellschaftliche Interessen verbanden.

Wider die Bedeutungslosigkeit: Die Kirchen und das Sterben

Für manche der Akteure, die ab den 60er und verstärkt 70er Jahren über das Sterben nachdachten, war das Thema eine neue Entdeckung – dies gilt etwa für die Gesundheitspolitik oder die Pharmaindustrie, aber mit kleinen Einschränkungen auch für die Massenmedien. Für andere, natürlich vor allem für die Kirchen, handelte es sich eher um eine Wiederentdeckung (Greiner 2019). Bereits im Spätmittelalter hatte die katholische Kirche mittels christlicher Erbauungsschriften, der Literaturgattung der *ars moriendi*, versucht, die Gläubigen auf einen ›guten Tod‹ vorzubereiten. Die ›Kunst zu sterben‹ bestand damals vor allem darin, einen unvorbereiteten Tod zu vermeiden und sich rechtzeitig um das eigene Seelenheil zu bemühen.

Im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts begannen sich die christlichen Kirchen in beiden deutschen Staaten zunehmend mit der Frage zu befassen, wie eine christliche Sterbebegleitung in einer modernen, sich säkularisierenden Gesellschaft aussehen könnte. In der Bundesrepublik entwickelten sich entsprechende Überlegungen vor allem innerhalb der Wohlfahrtsorganisationen, der katholischen Caritas und der evangelischen Diakonie. Sterbebeistand sei, wie Robert Svoboda, eine führende Figur bei der Neuausrichtung der Caritas nach dem Zweiten Weltkrieg bemerkte, verlernt und nicht an den »heutigen Stil des Sterbens« angepasst worden (Caritas-Archiv Freiburg, Signatur 259.4, Fasz. 01). Dabei hätten viele Sterbende ein großes Bedürfnis nach christlicher Hilfe, weshalb sich hier zugleich ein Einfallstor öffnete. In der Diakonie gründete sich im Rahmen des von 1976 bis 1978 laufenden Schwerpunktprogramms *Hilfe für das Alter* eine Projektgruppe mit dem Titel *Recht auf Leben – Recht auf Sterben*. Diese widmete sich der Suche nach den Hintergründen und Gegenmaßnahmen für die vermeintliche Verbannung des Sterbens ins Nichtöffentliche. In einem Ende 1977 vorgelegten Arbeitsbericht wurde als Antwort auf den Verlust christlicher Werte im modernen, rationalisierten Medizinbetrieb gefordert, die Sterbenden mit biblischen Worten, Gebeten und der Barmherzigkeit Gottes zu umsorgen. Zugleich wurde die Aufnahme des Themas Sterben in die Aus- und Fortbildungslehrpläne der Altenhilfe und Altenpflege empfohlen (Archiv des Diakonischen Werkes, DEVA 335). Auf ähnliche Weise rückte das Lebensende in den Fokus des auflagenstarken evangelischen *Deutschen Pfarrerblatts*. Hier beklagte der Theologe und Kirchenhistoriker Christian-Erdmann Schott, dass die ›religiöse Sprachunfähigkeit‹ des modernen Menschen im Angesicht des Todes ihren Höhepunkt erreiche, was den Bedarf an einer christlichen Sterbebegleitung unterstreiche (Schott 1977). Auf diese Weise avancierte das Sterben zu einem der großen gesellschaftlichen Zukunftsthemen innerhalb der Kirchen, denen die Aufgabe, aber auch die Chance zufalle, ein modernes Sinnvakuum zu füllen.

Tatsächlich übernahmen die Kirchen zunehmend die Initiative und mühten sich um eine Wiederbelebung einer *ars moriendi*. Es war kein Zufall, dass ausgerechnet christliche Verlage den westdeutschen Buchmarkt mit einer Fülle an Publikationen überschwemmten, deren erklärtes Ziel die Begleitung, wenn nicht sogar die dezidierte Anleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen war. Dies konnten Bücher christlicher Verfasserinnen und Verfasser sein: Das 1975 publizierte Buch *Sterben ist doch ganz anders. Erfahrungen mit dem eigenen Tod* des evangelischen Geistlichen Johann Christoph Hampe entwickelte sich im Laufe der 80er Jahre etwa zu einem Bestseller mit zweistelliger Auflagenzahl (Hampe 1975). Wichtiger war den christlichen Verlagen jedoch das Bespielen des Themas an sich, sodass sie auch Texte anderer Autorinnen und Autoren veröffentlichten. Beispielsweise erschienen die deutschen Übersetzungen der Bücher der populären amerikanisch-schweizerischen Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross im Kreuz-Verlag, darunter ihr wegweisendes und millionenfach verkauftes Werk *On Death and Dying* von 1969 (Kübler Ross 1969; dies. 1974; dies. 1976; dies. 1982). Naturwissenschaftliche Expertise und spezifisch christliche Sinnstiftungsperspektiven sollten sich hier wechselseitig ergänzen. In diesem Sinne beantwortete Paul Becker, Chefarzt an einer Limburger Klinik und Ritter des Malteserordens, in einem Begleitbeitrag zur deutschen Ausgabe einer Veröffentlichung von Kübler-Ross (1979: 171) die Frage, ob die Arbeit mit Sterbenden einer religiösen Grundlage bedürfe: »Ich kann dazu nur sagen, wenn ich nicht von zu Hause aus schon eine religiöse Grundhaltung erfahren hätte, dann wären es spätestens die Sterbenden gewesen, die mir zu einer solchen verholffen hätten.«

Ganz ähnlich war die Entwicklung in der DDR. Auch hier begriffen die Kirchen das Thema – wenn auch etwas später und weniger öffentlichkeitswirksam aufbereitet – als Chance, um die eigene Position in einer zwangsweise säkularisierten Gesellschaft zu stärken. Sie nutzten dabei die Freiräume, die sich seitens des Regimes boten. Standen Lebensübergänge und Ersatzriten wie die 1954 eingeführte Jugendweihe oder die standesamtliche Hochzeit im Zentrum der politischen Säkularisierungsbestrebungen, so galt dies deutlich weniger für Tod und Sterben, für die der Marxismus als diesseitsbezogene Ideologie keine klare Antwort bereitstellte (vgl. Redlin 2009: 245). Vor diesem Hintergrund konnten sich die Kirchen vergleichsweise breit in diesem Bereich engagieren, was nicht zuletzt zahlreiche deutsch-deutsche Transfers ermöglichte. Ein ursprünglich 1979 und einige Jahre später in unveränderter Zweitauflage im kirchlichen St. Benno-Verlag erschienener Sammelband des Leipziger Priesters Hartmut Nikelski mit dem Titel *Christliche Sterbehilfe* beinhaltet etwa ausschließlich Artikel von westlichen Theologen – auch das Literaturverzeichnis führt nur Westtitel zum Thema (vgl. Nikelski 1983: 211). Der ostdeutsche evangelische Theologe Friedrich Winter veröffentlichte sein Buch zur Seelsorge an Sterbenden

und Trauernden 1976 zwar im westdeutschen Verlag Vandenhoeck & Ruprecht (Winter 1976). Dieses war indes speziell zugeschnitten auf »Leben und Arbeit der Kirche [...], wie sie innerhalb des Bundes Evangelischer Kirchen in der DDR Raum und Grenze finden« (ebd.: 5) und wurde folglich beiderseits der Mauer rezipiert. Winter stellt die Vorzüge einer christlichen Sterbebegleitung heraus, macht zugleich aber Zugeständnisse an die herrschenden politischen Bedingungen. So sei »das Herbeirufen eines Geistlichen« ans Sterbebett »keinesfalls bindend« (ebd.: 52); fraglos eine Reaktion auf die Tatsache, dass in der DDR nicht einmal für die Krankenhauseelsorge freier Zugang zu den Stationen herrschte.

Derartige Veröffentlichungen trugen wesentlich dazu bei, dass sich die Wissensbestände zum Lebensende in Ost- und Westdeutschland stark angleichen (Bettin 2019). In jedem Fall avanciert das Lebensende zu einem Thema, über das sich die Kirchen ihren Platz in einer als säkular empfundenen gesellschaftlichen Ordnung gleichsam zurückerkämpfen wollten – der Tod war und blieb gewissermaßen eine christliche Kernkompetenz.

Sozialer Protest am Lebensende: Die Hospiz- und Sterbehilfeidee

Bei der Neukonzeption einer christlichen Sterbebegleitung erfolgte ab den 90er Jahren eine klare Anlehnung an die Ideen, aber auch an die Organisationsstrukturen der modernen Hospizbewegung (Heller et al. 2012). Die international seit den 60er Jahren wesentlich von der englischen Aktivistin Cicely Saunders formulierte und vorangetriebene Idee einer ganzheitlichen Pflege von Sterbenden in Verbindung mit einer aktiven Öffentlichkeitsarbeit und politischer Lobbytätigkeit hinkte in der Bundesrepublik zunächst deutlich hinterher, was wesentlich mit der anfänglich ablehnenden Haltung der beiden Kirchen zusammenhing. Als 1971 etwa im ZDF zwei Dokumentationen des (paradoxiertweise jesuitischen) Filmemachers und Hospizpioniers Reinhold Iblacker über das von Saunders gegründete Londoner *St. Christopher-Hospiz* ausgestrahlt wurden, regte sich vor allem in den Kirchen starker Widerstand gegen diese Form der Sterbebegleitung. Anton Székely, eine der führenden Figuren in der katholischen Krankenhauseelsorge stellte der bekannteren der beiden Produktionen, *Noch 16 Tage*, ein vernichtendes Urteil aus: »Schade, daß es [den Film] gibt. Er ist gestellt und zudringlich. Er hat den Beigeschmack einer Kommerzialisierung des Sterbens. Humanität beim Sterbenden als Job – eine unsympathische Vorstellung.« (Székely 1979: 38) Die Kritik richtete sich also gegen das Hospizkonzept insgesamt – und tatsächlich organisierten die Kirchen in den 70er Jahren zahlreiche Veranstaltungen gegen sogenannte »Sterbekliniken«, welche Sterbensranke vom gesellschaftlichen Leben separieren würden. 1978/79 war es eine Allianz von Kirchen, evangelischen und katholischen Krankenhausgesellschaften

und Wohlfahrtsverbänden, die ein geplantes Modellprojekt des Bundesgesundheitsministeriums zur Schaffung von Hospizen kippte.

Sicherlich auch durch die Erfolge in anderen Ländern animiert (vgl. Greiner 2023: 399 ff.), unternahm die westdeutsche Hospizbewegung in den 80er Jahren einen erneuten Anlauf. Dabei war sie nun keinesfalls mehr auf sich alleine gestellt, denn auch andere Akteure sprangen auf den sich in Bewegung setzenden Hospiz- und Palliativzug auf. Finanzkräftige Organisationen wie die *Deutsche Krebshilfe* oder die *Robert-Bosch-Stiftung* förderten zahlreiche hospizliche und palliativmedizinische Projekte. Wichtig war auch die Pharmaindustrie, der die rigide Auslegung des Betäubungsmittelgesetzes bei Sterbenden durch viele Hausärzte ein Dorn im Auge war. Im Bereich der für die Schmerzbekämpfung bei Tumorpatienten zentralen Morphinverschreibung lag die Bundesrepublik im Jahr 1985 im internationalen Vergleich etwa ganz hinten mit 0,8 Kilogramm pro 1 Million Einwohner. Zum Vergleich: Zehn Jahre später waren es bereits knapp 10 Kilo. Es waren folglich gerade auf onkologische Schmerzmittel spezialisierte Unternehmen wie *Grünenthal* oder *Mundipharma*, die in den 80er Jahren zahlreiche Hospizkongresse finanzierten, den ersten deutschen Lehrstuhl für Palliativmedizin in Bonn stifteten oder die *Zeitschrift für Palliativmedizin* ins Leben riefen. Bedeutsam war ferner das komplette Umdenken auf Seiten der Kirchen, das vielleicht auch dadurch angestoßen war, dass Cicely Saunders 1981 den renommierten »Templeton Prize for Progress in Religion« erhielt. Letztlich war die Neuorientierung jedoch eher das Ergebnis einer Entwicklung, die im Kleinen vor Ort begann. In zahlreichen westdeutschen Städten wie etwa Schwerte, Siegen, Bremen oder Tübingen waren es Pfarrer und Kirchengemeinden, die bei der Gründung von Hospizgruppen mitwirkten, häufig auch initiativ. Hinzu kam, dass es noch keine gesetzliche Dauerfinanzierungsgrundlage für Hospizdienste gab, was einen Anschluss vieler Initiativen an die christlichen Wohlfahrtsverbände oft schon aus wirtschaftlichen Gründen nötig machte. So befanden sich um die Jahrtausendwende knapp 30% aller stationären Hospize in der Trägerschaft der Diakonie und sogar knapp zwei Drittel in der Trägerschaft katholischer Verbände, insbesondere der Caritas.

Auch das einzige Hospizprojekt der DDR entwickelte sich im Schutz der Kirche: In Halle an der Saale etablierte der gut in den Westen vernetzte Priester Heinrich Pera, der nach der Wende erster Geschäftsführer des Dachverbandes der gesamtdeutschen Hospizbewegung wurde, 1985 einen in einem katholischen Krankenhaus angesiedelten und hospizlichen Grundsätzen verpflichteten ambulanten Hausbetreuungsdienst für Sterbende (Klose 2022; vgl. auch Greiner 2023: 383 ff.). Pera hatte über seine Kontakte zur anglikanischen Kirche zuvor u. a. im *St. Christopher's Hospice* hospitieren können. Die Gründe dafür, dass die Hospizbewegung in der DDR institutionell nicht so Fuß fassen konnte wie in der Bundesrepublik, liegen auf der Hand – und bis in die Gegenwart hinken die

neuen Bundesländer bei der Hospizversorgung hinterher: ein paternalistisches Gesundheitssystem, das etwa ehrenamtliches Engagement oder Formen der Selbsthilfe weitgehend unterband, Versorgungsmängel in der Praxis bedingt auch durch eine chronische Unterfinanzierung sowie eine ausbleibende öffentliche Debatte über Missstände am Lebensende, wie sie im Westen stattfand. Jedoch darf nicht übersehen werden, dass Ideentransfers ins Gesundheitswesen auch im Osten stattfanden. So veranstaltete der bereits erwähnte westdeutsche Arzt und Hospizpionier Paul Becker auf Einladung der Caritas zwischen 1982 und 1989 25 Seminare zum Umgang mit Sterbenden in Ost-Berlin, die von einem beträchtlichen Teil des medizinischen, pflegerischen und seelsorgerischen Fachpersonals des Landes besucht wurden; insgesamt waren es über 1.100 Personen. Wie im Westen durchdrang hospizliches Wissen so die klassischen Versorgungsstrukturen in Medizin, Altenpflege oder Krankenhausesorge. Hierzu trug auch die eng auf die westliche Thanatologie konzentrierte *Arbeitsgruppe Perimortale Medizin* bei, die von Kay Blumenthal-Barby geleitet wurde, einem Berliner Sozialmediziner und Dozent an der *Akademie für Ärztliche Fortbildung*. Dort entstanden ab Mitte der 80er Jahre zahlreiche einschlägige Dissertationen und Abschlussarbeiten (Kleemann 1984; M. N. 1984; K. G. 1988).

Die Bezeichnung »perimortale Medizin« dürfte bewusst ob ihrer Ähnlichkeit zur zeitgleich im Westen reüssierenden Palliativmedizin gewählt worden sein, die sich dort als schulmedizinisches Pendant zur Hospizidee institutionalisierte – im Unterschied zu anderen Ländern, wo die beiden Konzepte Hand in Hand gehen (vgl. Greiner 2023: 358 ff.). Nach der Wende rückten Palliativmedizin wie Hospizidee rasch ins Zentrum des gesundheitspolitischen Interesses. Mit finanziellen Mitteln aus der zweiten Stufe des Modellprogramms zur besseren Versorgung von Krebspatienten förderte das *Bundesministerium für Gesundheit* ab Januar 1991 die Einrichtung von insgesamt 18 Palliativstationen im ganzen Bundesgebiet und arbeitete dabei eng mit Verbänden wie der *Deutschen Krebshilfe* oder der Juli 1994 gegründeten *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* zusammen. Die Förderung der Hospizbewegung erfolgte dagegen über das *Bundesministerium für Arbeit*, das damit einerseits die Versorgungsstrukturen im Bereich der Pflege außerhalb von Altenheimen optimieren und deren Kosten ausloten, andererseits einen günstigen politischen Wind für die Einführung der Pflegeversicherung schaffen wollte. Bis 1998 erhielten insgesamt neun Hospizeinrichtungen mit insgesamt 70 stationären Plätzen Finanzhilfen in Höhe von knapp 26,5 Millionen DM (ebd.: 529). Auch bei der Schaffung einer dauerhaften gesetzlichen Finanzierungsgrundlage für Hospizdienste, die durch den am 1. Juli 1997 in Kraft getretenen neuen § 39a im *Sozialgesetzbuch V* erreicht wurde, war das BMA federführend beteiligt. So erfolgte in den 90er Jahren die Einbettung von Palliativmedizin und Hospizidee in Strukturen der Gesundheits- und Sozialpolitik im wiedervereinigten Deutschland. In beiden Fällen ging es

neben der besseren Versorgung von Sterbenden vorwiegend darum, eine Kostenreduzierung für das Gesundheitswesen zu erreichen. Der Siegeszug dieser neuen Formen von Sterbebetreuung, die eine dezidierte Stoßrichtung gegen die intensiv diskutierte Idee der Sterbehilfe hatten, war damit primär die Folge einer eigenständigen und keinesfalls immer konfliktfreien Interessenkoalition von Kirchen bzw. Wohlfahrtsverbänden, zivilgesellschaftlichen Gruppen, Gesundheitspolitik, Wissenschaft und auch der Pharmaindustrie, die sich vor dem Hintergrund einer Förderung von betäubungsmittelrezeptpflichtigen Medikamenten gerade im Bereich der Schmerztherapie stark für die Palliativ- und Hospizidee einsetzte.

Mit der Sterbehilfe ist eine zweite wirkmächtige Idee und die sich damit verbindende soziale Bewegung im Bereich des Lebensendes angesprochen, die letztlich an einer ähnlichen Stelle wie die Hospizbewegung ansetzt, einen ›würdevollen Tod‹ aber ganz anders definiert. Das Thema Sterbehilfe kam nach seiner Diskreditierung ob der nationalsozialistischen ›Euthanasie‹-Morde im Rahmen der Aktion T4 international ab den frühen 70er Jahren wieder verstärkt auf, wobei im Rahmen zahlreicher medienwirksamer Sterbehilfe-Prozesse wie etwa dem Fall der Ärztin Gertrude Postma in den Niederlanden 1973 die Möglichkeiten zur Lebensverlängerung durch die ›Apparatemedizin‹ kritisch verhandelt wurden. Gerade in der Bundesrepublik prägte die Erinnerung an das ›Dritte Reich‹ aber noch sehr lange die Debatte, die entsprechend kritisch verlief – etwa im Fall der Thesen des australischen Philosophen Peter Singer Ende der 70er Jahre. Ähnlich wie die Hospizidee trat aber auch die sich formierende Sterbehilfebewegung ab Anfang der 80er Jahre einen rasanten Siegeszug an. So verzeichnete beispielsweise die Ende 1980 in Nürnberg gegründete *Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben* (DGHS) eine regelrechte Explosion der Mitgliederzahlen von 19 Gründungsmitgliedern über 10.000 im Jahr 1984 auf fast 60.000 Mitglieder Anfang 1992 (ebd.: 481 ff.). Auch in der DDR findet sich, hier beschränkt auf den medizinethischen Diskurs, in den 80ern zumindest eine leichte Verschiebung: Galt ›Euthanasie‹ bis dato als faschistisches oder kapitalistisches Problem, dem der unbedingte Lebensbewahrungsauftrag des sozialistischen Arztes entgegengesetzt wurde, so rückten die tatsächlichen Probleme im medizinischen Alltag das Thema zunehmend auf die Tagesordnung. Die wissenschaftliche-technische Entwicklung der Medizin habe, wie Mitte der 80er Jahre ein Chefarzt für Chirurgie beklagte, zu neuen Bedingungen am Lebensende geführt, die keinesfalls immer dem »humanistischen Anliegen unserer Gesellschaft dienlich« seien (M. N. 1984: 7). Damit verband sich die Forderung nach einem gewandelten Verständnis des ärztlichen Bewahrungsauftrags, das zur Schaffung angemessener Lebensbedingungen für Sterbende beitragen müsse, was – oft ungesagt – zumindest die passive Sterbehilfe, also einen Behandlungsverzicht, als Möglichkeit einschloss. Begrifflich grenzte man sich dagegen weiter strikt von der bürgerlichen Terminologie ab; all die genannten

Fragen wurden unter dem sozialistischen Etikett der »Sterbebetreuung« diskutiert (vgl. Greiner 2023: 167 ff., 481 ff.).

Obschon Sterbehilfe- und Hospizbewegung in Deutschland rasch in Frontstellung zueinander gingen, lassen sich zahlreiche Gemeinsamkeiten zwischen ihnen erkennen. So fällt ungeachtet der Anlaufschwierigkeiten letztlich ihr großer Erfolg auf, der sich nicht nur im rasanten Wachstum der Mitgliederzahlen der jeweiligen Verbände äußerte. Über eine intensive Öffentlichkeitsarbeit und politische Lobbytätigkeit gelang es den betreffenden Organisationen, Einfluss auf die Debatte zu gewinnen und sich mit zahlreichen ihrer Forderungen durchzusetzen – man denke etwa an den Siegeszug der wesentlich von Hospiz- und Sterbehilfebewegung geförderten Patientenverfügungen ab Ende der 70er Jahre. Diese Erfolge verbinden sich mit dem wachsenden sozialen und politischen Protest gegen die Gesundheitsindustrie und ihre Schattenseiten. Inhaltlich nahezu identisch waren denn auch die Forderungen nach einem ›würdigen‹, selbstbestimmten Tod, einer ›Verhäuslichung‹ des Sterbens und eine teils harsche Kritik an der ›Medikalisierung‹ des Lebensendes sowie dem inhumanen, modernen Krankenhausapparat. Auch die Leitmaxime war letztlich die gleiche: »Sterben als Teil des Lebens« (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben 1981: 4) zu entdecken.

Das Sterben und die Massenmedien

Ein letzter Aspekt, der besonders wichtig ist, wenn man verstehen will, wie sich das Nachdenken über Tod und Sterben in den letzten Jahrzehnten verändert hat, ist die mit Blick auf publizierte Ratgeber oder die Hospiz-Fernsehdokumentation von 1971 bereits angedeutete Rolle von Massenmedien. Infolge der wachsenden Medialisierung der Gesellschaft allgemein, aber auch speziell hinsichtlich der Tatsache, dass Menschen aufgrund der beschriebenen demografischen Entwicklung immer seltener und immer später direkt mit dem Sterben in Berührung kamen, wuchs die Bedeutung der medialen Vermittlung jenes Themas seit dem letzten Drittel des 20. Jahrhunderts stark an. Entgegen einer oft kolportierten Annahme beschränkten sich Repräsentationen von Tod und Sterben in Film und Fernsehen keinesfalls auf Fälle des gewaltsamen Todes – auch wenn solche den Großteil der 40.000 ›Film-Toten‹ ausgemacht haben dürften, die Jugendliche in den USA nach Schätzungen des Justizministeriums beim Erreichen des 18. Lebensjahres bereits gesehen hatten (vgl. Greiner 2023: 301 ff.). Mit dem Bedeutungsgewinn von chronischen Sterbeverläufen und dem steigenden Problembewusstsein für Not am Lebensende entwickelte sich vielmehr auch der ›natürliche‹ Tod zu einem beliebten Gegenstand, was durchaus mit medialen Eigeninteressen zusammenhing. So entstand eine Vielzahl an Dokumentationen

zu verschiedenen Facetten des Sterbens in modernen Gesellschaften, wie dem Problem der Sterbehilfe oder dem langsamen Krebstod. Katalysatorisch wirkte der Erfolg der US-Doku *Dying* (1976) von Michael Roemer, die das ZDF im Oktober 1977 unter dem Titel *Die letzte Zeit* zeigte. Roemer hatte für die Sendung ein Dutzend an Krebs sterbende Menschen ein halbes Jahr lang mit der Kamera begleitet. Die Presse in der Bundesrepublik besprach *Dying* durchaus positiv: Die Sendung sei, so die *Westdeutsche Allgemeine Zeitung*, ein fesselndes »Dokument gegen Todesangst« (Wülfing 1977).

Sogar in populären Unterhaltungsformaten wurden jene Themen nun offen präsentiert – ein klarer Hinweis auf sich verschiebende Zeigbarkeiten. Mehrere Folgen der neuen ZDF-Erfolgsserie *Schwarzwaldklinik*, die im Herbst 1985 alle Quotenrekorde brach, beschäftigten sich beispielsweise dezidiert mit Facetten des alltäglichen Sterbens. Die vierte Folge diskutiert unter dem Titel »Sterbehilfe« den Fall eines Landarztes, der mit dem Todeswunsch eines schwerkranken, älteren Patienten konfrontiert wird. Im Anschluss an den Tod des Mannes durch eine Überdosis Medikamente tritt der Protagonist der Serie, Prof. Brinkmann, als Gutachter im Ermittlungsverfahren gegen den Landarzt wegen unterlassener Hilfeleistung auf. Dieser macht Brinkmann Vorwürfe, die ganz im Einklang stehen mit der thanatologischen Debatte bezüglich der Missstände bei der ärztlichen Versorgung von Todkranken in jenen Jahren: »So redet einer, der in den großen Kliniken die Menschen monatelang qualvoll und unwürdig krepieren lässt, statt ihnen einen schnellen und friedlichen Tod zu gönnen. [...] Dir geht es doch nur um medizinische Erfolgserlebnisse und nicht um die Gnade eines menschenwürdigen Todes.« Am Ende lenkt auch Brinkmann ein und stellt sich vor Gericht auf die Seite des letztlich dann auch freigesprochenen Landarztes, indem er erstaunlich direkt die neuen Grundsätze bezüglich passiver Sterbehilfe und Behandlungsverzicht bei Sterbenden herausstellt: »Es kann nur die Aufgabe eines Mediziners sein, das Leben zu verlängern, nicht das Sterben.«

Selbst in der DDR wurde das Sterben – wenn auch in geringerem Umfang – im Fernsehen thematisiert. Dokumentationen wie die am 5. August 1981 Uhr im 1. Programm des DDR-Fernsehens ausgestrahlte Sendung *Dem Leben verpflichtet. Chance und Verantwortung der Medizin* bewegten sich erstaunlich nahe an dem, was zeitgleich im Westen diskutiert wurde: Sie beklagten eine Verdrängung des Sterbens in der Moderne und zeigten Bilder von künstlich am Leben gehaltenen Menschen auf einer Intensivstation, nicht etwa, um die Fortschritte in der medizinischen Versorgung zu loben, sondern um auf deren Schattenseiten hinzuweisen, im Speziellen auf das neue Problem von ›Schwebezuständen‹ zwischen Leben und Tod. Einige Jahre später diskutierte eine Folge des populären Wissenschaftsmagazins *Umschau* unter dem Titel »Diagnose: Krebs« den Fall einer an Brustkrebs erkrankten Frau – auch hier standen beliebte thanatologische Themen im Zentrum, etwa die Frage nach der

Mitteilung des Untersuchungsergebnisses durch den Arzt oder der Umgang der Patientin mit der Diagnose und ihrer Angst vor dem Sterben. (Das Manuskript der Sendung findet sich im Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde, DQ 1/24159.) Im Unterhaltungsbereich waren nun sogar die eigentlich ideologisch verpönten Suizide zumindest bei tödlichen Erkrankungen zeigbar: So nahm sich ein an Lungenkrebs erkrankter Mann in dem polnischen Drama *Skazany* (deutscher Titel: *Der Verurteilte*), das als Synchronfassung 1977 auch in der DDR gezeigt wurde, aus Furcht vor einem qualvollen Sterbeverlauf das Leben.

Die intensive Beschäftigung mit dem Sterben in den Massenmedien unterstreicht, dass das Thema im Zuge seiner gesellschaftlichen Entdeckung immer mehr medialen Darstellungslogiken entsprach. Dies hing damit zusammen, dass viele der sich damit verbindenden Probleme – wie der langsame Alterstod, der Umgang mit infausten Prognosen oder passive oder aktive Sterbehilfe – reale Erfahrungshintergründe der Menschen bedienten. Mediale Repräsentationen des Sterbens adressierten augenfällige gesellschaftliche Unsicherheiten. Der Tod als Unbekanntes, Unerklärliches und nur schwierig Darstellbares übte insofern einen besonderen Reiz aus, dem ein hoher Unterhaltungswert zugesprochen wurde. Dass man in diesem Zusammenhang von einem »nekrophilen Voyeurismus« und einer »Pornographie des Sterbens« sprechen kann, wie der Filmwissenschaftler Johannes Wende (2014: 10) es tut, erscheint zweifelhaft. Vielmehr erfolgt die Skandalisierung im Allgemeinen weniger durch besonders extreme oder ›voyeuristische‹ Darstellungen des Sterbens als vielmehr durch das Aufgreifen von ethischen Grenzfällen und vermeintlichen Tabuthemen.

Fazit: Dimensionen einer Zeitgeschichte des Sterbens

Zum Schluss sollen die verschiedenen Stränge zusammengeführt und nach möglichen Ursachen für die beschriebene ›Entdeckung‹ des Sterbens gefragt werden. Mit anderen Worten: Was verbindet die vorgestellten Akteure und Entwicklungen? *Erstens* lässt sich eine gesellschaftskritische Stoßrichtung an sich nicht übersehen. Die (historisch in der Form fragwürdige) Überzeugung, dass der moderne Mensch etwas verloren habe, was einmal integraler Bestandteil des Lebens gewesen sei, prägt nicht zuletzt die flächendeckend so erfolgreiche These von der Verdrängung des Sterbens. Gut zu erkennen ist dies in der Hospizbewegung, die eine Neue Soziale Bewegung (NSB) darstellt, in der über die Praktiken der Sterbebegleitung hinausreichend zugleich andere Aspekte, wie etwa die Familienstrukturen in der Moderne, soziale Ungleichheit oder ein Mangel an zwischenmenschlicher Solidarität thematisiert wurden – und werden. Dabei dürfte es sich gemessen an ihren tatsächlichen Erfolgen bei der Hospizbewegung sogar um die wohl erfolgreichste NSB handeln, da sie mit ihrer

Kernforderung nach einer menschenwürdigen Sterbebegleitung flächendeckend reüssierte und in bzw. von allen politischen Lagern anerkannt wird.

Dass dies passierte, hing *zweitens* mit einer grundsätzlich medizinkritischen Einstellung vieler im Bereich des Lebensendes tätiger Akteure zusammen, oder genauer: mit einer markanten Skepsis gegenüber bestimmten Entwicklungen der modernen Schulmedizin, die sich in den 70er Jahren manifestierte. Die Bemühungen um eine Verbesserung der Versorgung Sterbender, wie sie sich im Engagement der Kirchen, der Hospiz- oder auch der Sterbehilfebewegung ebenso niederschlugen wie in den massenmedialen Darstellungen, zielten darauf ab, mutmaßliche Folgeprobleme des medizinischen Fortschritts zu konterkarieren. Zu diesen Problemen gehörten etwa die Fixierung auf Lebenserhaltung bis zuletzt oder die herausgehobene ärztliche Position in einem eigentlich komplexen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Betreuungsverhältnis (Greiner 2022). Insbesondere die Intensivmedizin – und mit ihr die Vorstellung eines qualvollen Sterbens ›an Schläuchen‹ – entwickelte sich zu einem Schreckgespenst. Auf einer von der Bundesregierung einberufenen »Fachtagung Sterbebegleitung« in Düsseldorf im Herbst 1992 führte sogar der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister die Missstände in der Betreuung von Sterbenden auf »die mitunter seelenlose Apparatemedizin der abgeschotteten Intensivstationen« zurück (Bundesarchiv Koblenz, B 149/149814, Blatt 44–55). Tatsächlich verbanden medizinkritische Überlegungen die neu entstehenden ›alternativen‹ mit konfessionell gebundenen Milieus und reichten weit ins konservative und kirchliche Lager hinein. So erklärt sich auch, dass vor allem die Union bei der politischen Förderung der Hospizidee in den 90er Jahren eine Vorreiterrolle einnahm, was mit einer Reihe von finanz-, gesundheits- und sozialpolitischen Zielsetzungen zusammenhing. So erläuterte Bernhard Worms, der Bundesvorsitzende der Senioren-Union und Staatssekretär im BMA, Ende 1995 in einem Brief an Gesundheitsminister Horst Seehofer die Gründe dafür, dass die Förderung der Hospizidee zu den zentralen Aufgabengebieten der Union gehören müsse: »Wir brauchen in Deutschland mehr Hospize, um den Menschen einen würdigen Tod zu ermöglichen. Hochleistungsmedizin ist in vielen Fällen ein Segen, für manche Menschen jedoch eine Störung auf dem letzten Lebensweg [...], ganz abgesehen von den hohen Kosten in Krankenhäusern, in denen eine Sterbebegleitung kaum bewältigt werden kann.« (Kopie des Schreibens des Bundesvorsitzenden der Senioren-Union, Dr. Bernhard Worms, an Horst Seehofer vom 22. November 1995, Bundesarchiv Koblenz, B 149/149817, Blatt 481.)

Nicht übersehen werden darf dabei *drittens*, dass die sozialhistorisch wirkenden Verschiebungen am Lebensende sowie die medizinische Entwicklung nach 1945 tatsächlich viele neue Herausforderungen mit Blick auf Sterbende im Gesundheitswesen und in der Altenpflege, aber auch für die alltäglichen Lebenswelten nach sich zogen. Dies lässt sich gut am Bedeutungsgewinn von

Krebs am und für das Lebensende illustrieren, der keinesfalls nur den Aufstieg von Tumorerkrankungen in der Todesursachenstatistik betraf: Waren in Deutschland zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch etwa 4% aller jährlichen Todesfälle auf Krebs zurückzuführen, so lag der Wert in der Bundesrepublik im Jahr 2000 bei über 25%. Noch markanter war die extrem ansteigende Problemwahrnehmung, die Folge der sich mit der Krankheit verbindenden Vorstellung eines langsamen Sterbens im Anschluss an eine infauste Diagnose war. So avancierte Krebs zur neuen großen ›Krankheitsgeißel‹ und eine gesellschaftliche ›Krebsangst‹ entwickelte sich – wie neuere emotionshistorische Studien zeigen – gerade im letzten Drittel des Säkulums zu einem zentralen erfahrungsgeschichtlichen Moment (Hitzer 2020). Dies betraf wiederum ungeachtet aller politischen Unterschiede beide deutschen Staaten: So erschien die westdeutsche Übersetzung der Tagebuchaufzeichnungen des französischen Intellektuellen André Miquel über das Sterben seines krebskranken Sohnes Mitte der 1970er Jahre als Lizenzausgabe auch in der DDR. Ein Nachwort forderte explizit, auf ideologische Abgrenzungen zu verzichten und sich ganz dem gemeinsamen Kampf gegen diese »heimtückische Krankheit« zu widmen (Miquel 1976: 148). Umgekehrt publizierte der Darmstädter Luchterhand Literaturverlag die Ende der 70er Jahre in der DDR posthum veröffentlichten Tagebuchaufzeichnungen der Schriftstellerin Maxie Wander (1933–1977) auch in Westdeutschland. Das Buch, in dem Wander eindringlich ihr knapp einjähriges Sterben infolge einer Brustkrebserkrankung und die Defizite in der Krankenhausbehandlung schilderte, wo sich das Personal nur für den Tumor und nicht für ihre Ängste interessiert habe, wurde zu einem der großen deutsch-deutschen Publikumerfolge (Wander 1979; dies. 1980).

Deutlich werden hier nicht zuletzt die individuellen wie gesellschaftlichen Sorgen und ein neuer Bedarf an Sinnstiftung, der mit der steigenden Häufigkeit chronischer Sterbeverläufe einherging. In diesem Zusammenhang erklärt sich *viertens*, warum die Deutungen dessen, was eigentlich das Sterben ausmacht, im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts so auffällig positiv und optimistisch ausfielen. Sterben wurde – in den thanatologischen Schriften von Kübler-Ross und anderen ebenso wie in den hospizlichen Grundsätzen eines ›guten Todes‹ – als etwas Gutes interpretiert, das zum Leben gehört und nicht verleugnet werden sollte, sondern vielmehr – bei richtiger Einstellung und entsprechender Akzeptanz – sogar ein für die Sterbenden wie für ihr Umfeld gewinnbringendes Erlebnis sein könne, das identitätsstiftend wirke. Diese Interpretation ist sicherlich auch eine Reaktion auf den Umstand, dass das Sterben und die Frage, was danach kommt, die vielleicht letzte große Unbekannte der Moderne darstellt: ein Rätsel, das der medizinische und wissenschaftliche Fortschritt eben nicht gelöst hat. Damit verbinden sich Unsicherheiten, welchen wiederum nach 1945

zunehmend systemübergreifend mit Bemühungen begegnet wurde, dem Sterben seinen Schrecken zu nehmen.

Literatur

- Ariès, Philippe (1976): *Studien zur Geschichte des Todes im Abendland*, München.
- Ariès, Philippe (2005): *Geschichte des Todes*, München.
- Bettin, Hartmut (2019): »Bedeutsam, eigenständig, relevant? Eine vergleichende Analyse der Debatten zur Sterbehilfe in der DDR«, in: *Medizinhistorisches Journal* 54, Heft 1, S. 31–69.
- Blumenthal-Barby, Kay (1991): *Betreuung Sterbender*, 4. Aufl., Berlin.
- Corr, Charles A. (1998): »Death in Modern Society«, in: ders./Hanks, Geoffrey W. C./MacDonald, Neil (Hg.): *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2. Aufl., New York, S. 31–40.
- Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (Hg.) (1981): *Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e.V. Ihre rechtspolitischen Forderungen – Ihre Stellungnahmen – Ihre Hilfen für den Einzelnen*, 3. Aufl., Augsburg.
- Elias, Norbert (1982): *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*, Frankfurt am Main.
- Feldes, Dieter/Hahn, Susanne (1980): »Psychosoziale Anforderungen bei der Betreuung infauster Kranker und Sterbender«, in: *Die Heilberufe* 32, Heft 12, S. 453–454.
- Fulton, Robert (1977): *Death, Grief and Bereavement. A Bibliography*, Bd. 1: 1845–1975, New York.
- Fulton, Robert (1981): *Death, Grief and Bereavement. A Bibliography*, Bd. 2: 1975–1980, New York.
- Gorer, Geoffrey (1955): »The Pornography of Death«, in: *Encounter* 5, Heft 25, S. 49–52.
- Gräb, Christopher (1996): »Sterblichkeit und Todesursachenstatistik«, in: Knupp, Bernhard/Stille, Wolfgang (Hg.): *Sterben und Tod in der Medizin*, Stuttgart, S. 14–21.
- Greiner, Florian (2019): »Säkulares Sterben? Die Kirchen und das Lebensende in der Bundesrepublik Deutschland nach 1945«, in: *Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte* 47, Heft 2, S. 181–207.
- Greiner, Florian (2022): »Dämonen in Weiß? Medizinkritik in der deutschen Zeitgeschichte«, in: *Historische Zeitschrift* 315, Heft 3, S. 633–667.
- Greiner, Florian (2023): *Die Entdeckung des Sterbens. Das menschliche Lebensende in beiden deutschen Staaten nach 1945*, Berlin/Boston.
- Hahn, Susanne/Thom, Achim (1983): *Sinnvolle Lebensbewahrung – humanes Sterben. Positionen zur Auseinandersetzung um den ärztlichen Bewahrungsauftrag gegenüber menschlichem Leben*, Berlin.
- Hampe, Johann C. (1975): *Sterben ist doch ganz anders. Erfahrungen mit dem eigenen Tod*, Stuttgart.
- Heller, Andreas/Pleschberger, Sabine/Fink, Michaela/Gronemeyer, Reimer (2012): *Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland*, Ludwigsburg.
- Hitzer, Bettina (2020): *Krebs fühlen. Eine Emotionsgeschichte des 20. Jahrhunderts*, Stuttgart.
- Imhof, Arthur E. (1988): *Von der unsicheren zur sicheren Lebenszeit. Fünf historisch-demographische Studien*, Darmstadt.
- Jarusch, Konrad (2004): *Die Umkehr. Deutsche Wandlungen 1945–1995*, Bonn.
- K. G. (1988): *Ethische und organisatorische Aspekte des Umgangs mit Sterbenden/Verstorbenen in Einrichtungen des Gesundheitswesens Berlin-Lichtenberg*, Berlin [Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde, DQ 103/398].

- Kleemann, Gabriele (1984): *Post mortem. Historischer Rückblick und derzeitige Situation in ausgewählten Gesundheits- und Sozialeinrichtungen der Hauptstadt der DDR*, Diss. Akademie für ärztliche Fortbildung, Berlin (Ost).
- Klose, Gabriele (2022): *Die Wurzeln der Hospizarbeit in der DDR*, Esslingen.
- König, Hansheinz (1977): *Gespräche über den Tod. In Würde sterben*, München.
- Körner, Uwe (1982): »Sterben und Tod und der Sinn des Lebens«, in: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 30, Heft 7, S. 876–891.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1969): *On Death and Dying*, New York.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1971): *Interviews mit Sterbenden*, Stuttgart.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1974): *Was können wir noch tun? Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod*, Stuttgart.
- Kübler-Ross, Elisabeth (Hg.) (1976): *Reif werden zum Tode*, Stuttgart.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1979): *Leben bis wir Abschied nehmen*, Stuttgart.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1982): *Verstehen, was Sterbende sagen wollen*, Stuttgart.
- Lofland, Lyn H. (1978): *The Craft of Dying. The Modern Face of Death*, Beverly Hills.
- Luther, Ernst (1987): »Nachdenken über Sterben und Tod. Eine Lebenshilfe«, in: *Deine Gesundheit* 33, Heft 2, S. 37–39.
- M. N. (1984): *Zur Problematik des Sterbens im Kreis Zossen, speziell bezogen auf die stationären Einrichtungen (Kreis-Krankenhaus Zossen/Ludwigsfelde und Krankenpflegeheim Saalow)*, Ludwigsfelde [Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde, DQ 103/385].
- Martin, Robert/Tradii, Laura (2019): »Do we Deny Death? I. A Genealogy of Death Denial«, in: *Mortality* 24, Heft 3, S. 247–260.
- Miquel, André (1976): *Warum mußt Du gehen? Tagebuch eines Vaters*, 2. Aufl., Leipzig.
- Nikelski, Hartmut (Hg.) (1983): *Christliche Sterbehilfe. Beiträge zum Gespräch über Sterben und Tod*, 2. Aufl., Leipzig.
- Nöthen, Manuela (2011): »Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters?«, in: *Wirtschaft und Statistik* 11, Heft 7, S. 665–675.
- Piper, Hans-Christoph/Zabel, Hugo/Grunow, Paul-Heinz (1973): *Gespräche mit Sterbenden*, Berlin.
- Redlin, Jane (2009): *Säkulare Totenrituale. Totenehrung, Staatsbegräbnis und private Bestattung in der DDR*, München.
- Schied, Hans-Werner (1980): »Wo sterben die Deutschen?«, in: Dingwerth, Paul/Tiefenbacher, Heinz (Hg.): *Sterbekliniken oder Was brauchen Sterbende?*, Stuttgart, S. 9–19.
- Schnell, Martin W./Schneider, Werner/Kolbe, Harald (2014): *Sterbewelten. Eine Ethnographie*, Wiesbaden.
- Schott, Christian-Erdmann (1977): »Trauriges Sterben?«, in: *Deutsches Pfarrerblatt* 77, Heft 22, S. 670–672.
- Seidel, Karl/Hinderer, Hans/Körner, Uwe (1981): »Zu Grundsätzen und Pflichten der Lebensbewahrung und Sterbebetreuung im sozialistischen Gesundheitswesen«, in: *Das Deutsche Gesundheitswesen* 36, Heft 49, S. 2041–2049.
- Simpson, Michael A. (1979): *Dying, Death and Grief. A Critically Annotated Bibliography and Source Book of Thanatology and Terminal Care*, New York.
- Student, Johann-Christoph/Napiwotzky, Annedore (2011): *Palliative Care. Wahrnehmen – Verstehen – Schützen*, 2. Aufl., Stuttgart.
- Székelly, Anton (1979): »Nein zur Sterbeklinik«, in: *Krankendienst* 52, Heft 1, S. 38–41.
- Wander, Maxie (1979): *Tagebücher und Briefe*, Berlin.
- Wander, Maxie (1980): *Leben wär' eine prima Alternative. Tagebuchaufzeichnungen und Briefe*, Darmstadt.
- Wende, Johannes (2014): *Der Tod im Spielfilm. Eine exemplarische Analyse*, München.

Winter, Friedrich (1976): *Seelsorge an Sterbenden und Trauernden*, Göttingen.

Wülfing, Antje (1977): »Filmkamera am Sterbebett«, in: *Westdeutsche Allgemeine Zeitung*, 28. Oktober, S. 10.

Filme

Dem Leben verpflichtet. Chance und Verantwortung der Medizin (DDR 1981, Dagmar Hengelhaupt).

Dying (Die letzte Zeit, USA 1976, Michael Roemer).

Noch 16 Tage. Eine Sterbeklinik in London (Deutschland 1971, Reinhold Iblacker/Siegfried Braun).

Schwarzwaldklinik, Folge 4: »Sterbehilfe« (Deutschland 1985, Wolfgang Rademann).

Skazany (Der Verurteilte, Polen 1975, Andrzej Trzos-Rastawiecki).