

# RelBib

Bibliography of the Study of Religion

<https://relbib.de>

Dear reader,

This is a self-archived version of the following article:

---

Author: Heller, Birgit  
Title: "Kulturen des Sterbens: Interreligiösität als Herausforderung für *Palliative Care*"  
  
Published in: Kulturen des Sterbens: Bedingung für das Lebensende gestalten.  
Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verl.  
Volume: Palliative care und organisationales Lernen; Bd. 1  
Year: 2000  
Pages: 177 – 192  
ISBN: 3-7841-1231-5

---

The article is used with permission of [Lambertus-Verl.](#)

Thank you for supporting Green Open Access.

Your RelBib team

EBERHARD KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN



UNIVERSITÄTSBIBLIOTHEK

# Kulturen des Sterbens

## Interreligiosität als Herausforderung für *Palliative Care*

Birgit Heller

Radikale PatientInnen-Orientierung ist das Basisprinzip der *palliative care*,<sup>1</sup> die an den existentiellen Grenzen des Menschen angesiedelt ist. Nicht zuletzt aus dieser Grenzsituation ergibt sich die Bedeutung ethischer und religiös-spiritueller Fragen. Die vielbeschworene Interkulturalität und damit auch Interreligiosität gegenwärtigen Lebens und Sterbens verweisen letztlich auf die Unterschiede zwischen Menschen. Diese Unterschiede drücken sich aus in verschiedenen menschlichen Sterbekulturen, die stark geprägt sind von religiösen Weltanschauungen. Religion ist Teil der jeweiligen Herkunftskultur eines Menschen. Religiöse Orientierung wird seit jeher vor allem an den Lebenswenden Geburt – Heirat – Tod gesucht und im individuellen Leben wirksam. Geburt und Tod sind Schnittstellen zwischen dem Individuum und der Gemeinschaft. Ein Mensch erhält und verliert seinen Platz, wird begrüßt und verabschiedet, wird in die Gemeinschaft eingebunden und aus ihr entlassen, bekommt Rechte und Pflichten und wird davon frei. Die Einstellung zu Leben und Tod und der Umgang damit ist weltanschaulich geprägt. Will man Bedingungen schaffen für ein menschliches und menschenwürdiges Sterben, so ist auf kulturelle und religiös-weltanschauliche Differenzen zwischen Menschen zu achten.

### INTERRELIGIOSITÄT ORGANISIEREN

Im Rahmen der palliativen Versorgung wirkt sich der Faktor religiöse Zugehörigkeit in verschiedenen Bedürfnissen von PatientInnen und ihren Angehörigen aus. Das gute Sterben ist nicht für alle Menschen dasselbe Sterben. Obwohl in deutschen und österreichischen Kran-

---

<sup>1</sup> Das Basisprinzip von *palliative care* ist radikale Patientenorientierung explizit bei Andreas Heller, Die Einmaligkeit von Menschen verstehen und bis zuletzt bedienen. Palliative Versorgung und ihre Prinzipien, in: Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können, hg. v. A. Heller u. a., Freiburg i. B. 2. Aufl. 2000, 9–24.

kenhäusern viele Menschen muslimischen Glaubens, JüdInnen, aber auch BuddhistInnen sterben, wird doch größtenteils nur der institutionalisierten christlichen Seelsorge Platz in der Sterbeliteratur eingeräumt. Die deutschsprachige Literatur weist hier im Vergleich mit der anglo-amerikanischen Literatur<sup>2</sup> einen blinden Fleck auf. Wie das Beispiel der Neugestaltung eines kommunalen Krankenhauses in einer Stadt mit 50.000 Einwohnern im mittleren Westen der USA zeigt, ist allerdings die akademisch verbreitete Gepflogenheit, interkulturell zu denken, in der konkreten Praxis nicht gleichermaßen etabliert.<sup>3</sup> Das neue Krankenhaus sollte auch eine neue Kapelle erhalten. Die Einwohner der Stadt setzen sich dominant aus verschiedenen christlichen Konfessionen zusammen. Daneben gibt es eine steigende Zahl von asiatischen und afrikanischen Flüchtlingen. Eine Sozialarbeiterin, die mit den Flüchtlingen arbeitet, erkundigt sich, ob die neue Kapelle „interfaith“ sein könnte. Die Krankenhausplaner stimmen mit diesem Anliegen überein. Als die Sozialarbeiterin Anregungen gesammelt hat, die sich auf allgemeinmenschliche Symbole wie Sonne, Wasser, Bäume beziehen, wird sie mit der Tatsache konfrontiert, dass die Pläne bereits fertig sind. Die neue Kapelle ist äußerst schlicht mit einem Glasfenster, das Jesus in Gethsemane zeigt und einem Altar mit Kreuz. Sie ist geeignet für alle christlichen Konfessionen.

Professionen, die mit Sterbenden und ihren Angehörigen zu tun haben, sind auf ein Basiswissen über verschiedene religiös-weltanschauliche Konzepte und Überzeugungen angewiesen. Dieses Wissen wird z. B. unmittelbar relevant in der Ablauforganisation von Sterben, Tod und Aufbahrung im Rahmen eines Krankenhauses. Neben allgemeinmenschlichen Prinzipien respektvollen Umgangs und bestimmten Standards medizinischer und pflegerischer Versorgung müssen die Differenzen, die sterbende PatientInnen und ihre Angehörigen kennzeichnen, stärker beachtet werden. Da die Pflegepersonen von allen

---

<sup>2</sup> In England und den USA sind in den letzten Jahren viele Publikationen zu interkulturell-interreligiösen Aspekten von Sterben, Tod und Trauer erschienen, die auch explizit einen Orientierungsbeitrag für *palliative care* leisten wollen, vgl. beispielsweise: *Ethnic Variations in Dying, Death, and Grief: Diversity in Universality*, hg. v. D. P. Irish u. a., Philadelphia 1993; *A Cross-Cultural Look at Death, Dying, and Religion*, hg. v. J. K. Parry/A. Shen Ryan, Chicago Reprint 1996; *Facing Death. Where Culture, Religion, and Medicine Meet*, hg. v. H. M. Spiro u. a., New Haven 1996; *Death and Bereavement Across Cultures*, hg. v. C. M. Parkes u. a., London 1997.

<sup>3</sup> Vgl. dazu Barry D. Cytron, *To Honour the Dead and Comfort the Mourners: Traditions in Judaism*, in: *Ethnic Variations in Dying, Death, and Grief* (wie Anm. 2), 113f.

involvierten Professionen offenbar die meiste Zeit mit den PatientInnen verbringen, hat diese Gruppe das bisher stärkste Sensorium für die Dimension der Interkulturalität und Interreligiosität entwickelt. Viele einschlägige Beiträge in der Fachliteratur stammen aus der Perspektive der Pflege. So ist im Oxford Textbook of Palliative Medicine die allgemeine Einführung in das Kapitel über kulturelle Fragen in der *palliative care* aus der Sicht der Pflege verfasst.<sup>4</sup> Auch im Lehrbuch der Palliativmedizin ist ein Beitrag mit dem Titel „Die Sterbestunde – Obduktion – Bestattung“ im Kapitel „Pflege Schwerstkranker und Sterbender“ plaziert.<sup>5</sup> Im Zusammenhang mit der Sterbestunde werden hier einige allgemeinere Hinweise zu Sterbenden christlichen, jüdischen, muslimischen und buddhistischen Glaubens gegeben und dann der jeweils konkrete Ablauf von der Sterbestunde bis zur Bestattung beschrieben. Dazu ist zu bemerken, dass sich die religiöse und spirituelle Dimension des Sterbens weder allein auf die Pflege noch auf den Kontext des ultimativen Endes der Sterbephase beschränken lässt. Die religiöse Orientierung eines Menschen ist integrativer Bestandteil des ganzen Sterbeprozesses und muss im Sinn der radikalen PatientInnenorientierung von allen involvierten Professionen entsprechend wahrgenommen werden.

## VERSCHIEDENE STERBEKULTUREN

Das Sterben von Menschen findet vor dem Hintergrund unterschiedlicher Vorstellungen und Werte statt. Zu den Faktoren, die zu berücksichtigen sind, zählen die Einstellungen zu Leben und Tod, zum „Danach“, zu Leiden und Schmerzerleichterung, zur Ernährung und Körperpflege, zu religiösen Observanzen in der letzten Lebensphase, zu Sterbe- und Totenritualen, zu Verlust und Trauer. Im Folgenden werde ich mich exemplarisch auf einzelne Faktoren eines guten Sterbens in verschiedenen religiösen Traditionen und ihre konkreten Auswirkungen auf den Organisationsalltag im Krankenhaus beziehen.

---

<sup>4</sup> Vgl. Julia Neuberger, Cultural Issues in Palliative Care: Introduction, in: Oxford Textbook of Palliative Medicine, hg. v. D. Doyle u. a., Oxford 21998, 777–785. Ausführlicher behandelt die Autorin den Umgang mit religiös-kulturellen Differenzen in der Pflege in ihrer Monographie: *Caring for Dying Patients of Different Faiths*, St. Louis, Mo 1994.

<sup>5</sup> Eberhard Aulbert u. a., Die Sterbestunde – Obduktion – Bestattung, in: Lehrbuch der Palliativmedizin, hg. v. E. Aulbert/D. Zech, Stuttgart 1997, 709–721.

## Judentum: kein guter Tod

Im Judentum etwa ist die Einstellung zum Tod von der hohen Wertschätzung des Lebens geprägt und – besonders im Reformjudentum – von der Hochachtung vor der Autonomie und Würde des Menschen. Obwohl das Leben im Judentum heilig ist und von unschätzbarem hohem Wert, erfüllt doch das Bewusstsein der Sterblichkeit die biblischen und rabbinischen Schriften.<sup>6</sup> Es ist unentschieden, ob der Tod als Strafe oder als Teil der *conditio humana* aufzufassen ist. Die Gestalt Moses stellt ein Paradigma des menschlichen Sterbens dar. Der biblische Moses stirbt im hohen Alter (mit 120 Jahren), aber sein Tod ist nicht der Endpunkt von körperlichem Zerfall und Krankheit: Er stirbt im Vollbesitz seiner Körperkräfte, würdig und einfach. Ganz anders der Moses in der rabbinischen Überlieferung, der schwer stirbt, nach einem zähen Kampf gegen den drohenden Tod. Diese beiden Sterbevarianten werden in die Gegenwart heutigen Sterbens transponiert.<sup>7</sup> Der biblische Moses, heißt es, stirbt gut im Hospiz, während der Moses des Midrash festgehakt ist an einer Lebensunterstützungsmaschinerie, die ihn dem langwierigen Kampf mit dem Unvermeidlichen aussetzt. Der Umgang mit dem Tod und seinen Rahmenbedingungen ist verschieden, gemeinsam ist beiden Varianten die Tatsache, dass Aufgaben und Sehnsüchte des Lebens unerfüllt bleiben. Moses kann das Land der Verheißung nicht betreten. Das menschliche Leben ist heilig, aber unvollkommen. Das menschliche Sterben kann gut sein oder schlecht. Der Tod selbst ist ein unentrinnbarer Aspekt des Lebens, aber gut ist er nicht. Weil die stark lebensbejahende Haltung so signifikant ist, wird das Judentum häufig als die Religion des Lebens bezeichnet. Aus der Perspektive der Pflege können terminal erkrankte JüdInnen gerade wegen des starken Lebenswunsches als schwierige PatientInnen erscheinen, wenn der Tod näherrückt.<sup>8</sup> Und obwohl die Bedenken von rabbinischen Autoritäten offiziell weitgehend zerstreut sind, ist mit beträchtlichen Vorbehalten orthodoxer und konservativer JüdInnen gegen die Einnahme von lebensverkürzenden Medikamenten im Rahmen der palliativen Versorgung zu rechnen. Da der Mensch als Abbild

---

<sup>6</sup> Zum Folgenden vgl. James E. Ponet, *Reflections on Mortality from a Jewish Perspective*, in: *Facing Death* (wie Anm. 2), 129–136 und George S. Getzel, *Judaism and Death: Practice Implications*, in: *A Cross-Cultural Look at Death, Dying, and Religion* (wie Anm. 2), 18–31.

<sup>7</sup> Vgl. dazu Ponet, a. a. O., 132.

<sup>8</sup> Vgl. dazu Julia Neuberger, *Cultural Issues in Palliative Care: Introduction*, 780.

Gottes gilt, ist auch der Tote mit Ehrfurcht zu behandeln.<sup>9</sup> Aus dieser Grundhaltung resultieren die Vorbehalte orthodoxer und konservativer JüdInnen gegen Obduktion und Organspenden. Organisationspraktische Probleme im Krankenhaus können sich aus der Tradition ergeben, dass eine rituelle Waschung des Leichnams von einer Gruppe jüdischer Frauen und Männer (*Chevrah Kadisha*) durchzuführen ist. Dazu kommt die Praxis der Totenwache sowie die Vorgabe, dass die Beerdigung des Toten innerhalb von 24 Stunden nach dem Tod zu erfolgen hat.

### Hinduismus: der gutgestorbene Tod

In der hinduistischen *ars moriendi* ist der plötzliche, schmerzfreie Tod nicht erwünscht.<sup>10</sup> Schlecht ist der Tod, der den Menschen unvorbereitet trifft, gut ist das bewusste Aus-dem-Leben-Scheiden. Das gute Sterben ist wesentlich von der Vorbereitung und dem bewussten Gestalten und Erleben des sterbenden Menschen geprägt. Wenn ein alter Mensch spürt, dass der Tod sich nähert, soll er/sie die Familienmitglieder informieren, sich weiterer Nahrung enthalten und auf den zu diesem Zweck gereinigten Boden gelegt werden. Das Verlesen oder Singen heiliger Texte dient der Konzentration des/der Sterbenden auf das Göttliche. In einem willentlich gewählten Augenblick nimmt der sterbende Mann oder die sterbende Frau den letzten Atemzug. Die Totenriten, die solch einem Sterben folgen, sind nicht von Trauer geprägt, sondern von freudiger Feststimmung, in der sich die Anerkennung eines gutgelebten Lebens und eines gutgestorbenen Todes spiegelt. Auf die palliative Versorgung wirkt sich beispielsweise das besonders bei älteren Frauen und Witwen beobachtbare Bedürfnis zu Fasten aus. Da in England viele Hindus leben, ist das Krankenhauspersonal dort häufig mit dem Wunsch des/der PatientIn konfrontiert, auf dem Boden, umringt von möglichst allen Familienmitgliedern, sterben zu wollen.<sup>11</sup> Welche Erfahrungen Hindus diesbezüglich in deutschen

---

<sup>9</sup> Vgl. dazu z. B. zusammenfassend Ellen Levine, *Jewish Views and Customs on Death*, in: *Death and Bereavement Across Cultures* (wie Anm. 2), 98–130.

<sup>10</sup> Vgl. zum Folgenden den instruktiven, auf Feldforschung basierenden Beitrag von Sylvia Vatuk, *The Art of Dying in India*, in: *Facing Death* (wie Anm. 2), 121–128.

<sup>11</sup> Vgl. dazu Shirley Firth, *The Good Death: Approaches to Death, Dying and Bereavement Among British Hindus*, in: *Perspectives on Death and Dying. Cross-Cultural and Multi-Disciplinary Views*, hg. v. A. Berger u. a., Philadelphia 1989, 70f.

oder österreichischen Krankenhäusern machen, ist mir nicht bekannt. Angesichts der – verglichen etwa mit England – extremen Minderheitensituation, kann vermutet werden, dass sich Hindus davor scheuen, ihre Sterbetraditionen zu reklamieren, was übrigens auch in England häufig der Fall zu sein scheint.

### Islam: den Tod akzeptieren

Was Menschen jüdischen, hinduistischen und muslimischen Glaubens verbindet, ist der Wunsch nach einer möglichst raschen Bestattung, die meistens an die Grenzen der systemimmanenten Krankenhauslogik stößt. Die Bestattung von MuslimInnen soll innerhalb von 24 Stunden erfolgen.<sup>12</sup> Trotz der großen Vielfalt muslimischer Vorstellungen und Bräuche rund um Sterben, Tod, Bestattung und Totengedenken, gibt es ein gemeinsames religiöses Erbe, das auf Koran und Überlieferung basiert.<sup>13</sup> Der Islam betont die Tugenden Bescheidenheit, Geduld, Ausdauer, Dankbarkeit und Gehorsam gegenüber Gott. Der Mensch hat sein Verhalten einzig und allein am Willen Gottes zu orientieren (Islam = Hingabe), wie er im Koran zum Ausdruck kommt. Der Mensch ist verantwortlich für sein Tun, aber fehlbar und radikal verwiesen auf Gottes Barmherzigkeit und Hilfe. Gott ist der absolut souveräne Herr über Leben und Tod: Kein Blatt fällt vom Baum, ohne dass er es weiß (Sure 6, 59). Anfang und Ende des menschlichen Lebens liegen ausschließlich in Gottes Hand:

Und Wir lassen, was Wir wollen, im Mutterleib auf eine festgesetzte Zeit ruhen. Dann lassen Wir euch als Kind herauskommen. Dann (sorgen Wir für euch), damit ihr eure Vollkraft erreicht. Und manch einer von euch wird abberufen, und manch einer von euch wird in das schlimmste Alter gebracht, so daß er, nachdem er vorher Wissen besessen hat, nichts (mehr) weiß. (Sure 22, 5)<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Zu den verschiedenen Aspekten und Problemen der islamischen Bestattung in der Diaspora gibt es ausführliche Untersuchungen und Informationen: Gerdien Jonker, *The Knife's Edge: Muslim Burial in the Diaspora*, in: *Mortality 1* (1996), 27–45; In fremde Erde. Islamische Bestattung in Deutschland, hg. v. G. Jonker/G. Höpp, Berlin 1996; Thomas Lemmen, *Islamische Bestattungen in Deutschland. Eine Handreichung*, Altenberge 21999.

<sup>13</sup> Zum Folgenden vgl.: Ira M. Lapidus, *The Meaning of Death in Islam*, in: *Facing Death* (wie Anm. 2), 148–159; Ahmad H. Sakr, *Death and Dying: An Islamic Perspective*, in: *A Cross-Cultural Look at Death, Dying, and Religion* (wie Anm. 2), 47–73.

<sup>14</sup> Der Koran, übers. v. A. Th. Khoury, Gütersloh 21992, 251.

Das Herbeiführen oder Beschleunigen des Todes ist untersagt, denn niemand stirbt ohne Gottes Erlaubnis zu der für ihn festgesetzten Zeit: „Und niemand kann sterben außer mit der Erlaubnis Gottes gemäß einer Schrift mit festgelegter Frist.“ (Sure 3, 145).<sup>15</sup> Auch der sterbende Mensch hat vor allem die moralische Verantwortung, die Souveränität Gottes aufrechtzuerhalten. Der Tod selbst gilt als letztgültige Überprüfung der Fähigkeit eines Muslim, Gottes Entscheidung mit Stärke und Vertrauen zu akzeptieren. Nach muslimischer Auffassung lässt Gott die Menschen jede Nacht sterben, um sie am Morgen wieder zu erschaffen. Der endgültige Tod ist genauso willig zu akzeptieren wie dieser temporäre Tod: „We have to accept death as much as we accept the daily sleep. We have to accept death in order to go to Paradise. We are travellers, and we are passing through this life before reaching our other life.“<sup>16</sup> Insofern der Tod nur den Übergang zum wahren Leben darstellt, kann er mit Ruhe angenommen werden. Das krankheitsbedingte Leiden wird als Reinigung, Überprüfung von Geduld und Ausdauer oder Gelegenheit zu spirituellem Wachstum gedeutet. Schwerwiegende Fälle terminal erkrankter gläubiger Menschen können als Märtyrer betrachtet werden. Die Art und Weise des Sterbens korreliert nicht unbedingt mit dem Charakter des Sterbenden. Auch ein guter Mensch kann einen qualvollen, gewaltsamen Tod erleiden, obwohl in diesem Fall ein gutes Sterben zu erwarten wäre.<sup>17</sup>

Die Zeit des herannahenden Todes dient der Vorbereitung durch Gebet und Kontemplation. Dies gilt auch für jene Muslime, in deren Leben die Religion nur eine geringe Rolle gespielt hat. Besonders relevant für die Pflege terminal erkrankter muslimischer PatientInnen ist die Achtung der Gebetszeiten, die mit bestimmten routinisierten Abläufen im Krankenhaus kollidieren können und die Hilfestellung bei den dazu nötigen rituellen Waschungen.<sup>18</sup> Der friedvolle Sterbeprozess selbst bedarf der Begleitung durch Verwandte und Freunde, eventuell auch einen religiösen Experten.<sup>19</sup> Der sterbende Mensch soll dabei unterstützt werden, die Todesangst zu überwinden und ein angenehmes Gefühl gegenüber Gott zu entwickeln. Indem sie ihm die Gelegenheit zur Verzeihung geben, entlasten die Anwesenden den Sterbenden. Es wird

---

<sup>15</sup> Der Koran, übers. v. A. Th. Khoury, 51

<sup>16</sup> Sakr, *Death and Dying*, 56.

<sup>17</sup> Vgl. dazu Ahmad Anisuzzaman Muwahidi, *Islamic Perspectives on Death and Dying*, in: *Perspectives on Death and Dying* (wie Anm. 11) 45f.

<sup>18</sup> Vgl. Neuberger, *Cultural Issues in Palliative Care: Introduction*, 778f.

<sup>19</sup> Vgl. zum Folgenden Sakr, *Death and Dying*, 57ff.

empfohlen für den Sterbenden die Sure 36 aus dem Koran zu rezitieren. Diese Sure, die Muhammad als Herz des Koran bezeichnet haben soll, identifiziert Schöpfergott und Weltenrichter. Die letzten Verse beschreiben die Auferweckung der Toten als einen neuen Schöpfungsakt Gottes:

Hat denn der Mensch nicht gesehen, dass Wir ihn aus einem Tropfen erschaffen haben, und doch ist er ein offenkundiger Widerstreiter. Er führt uns ein Gleichnis an und vergißt, daß er erschaffen ist. Er sagt: „Wer macht diese Gebeine wieder lebendig, wenn sie auseinandergefallen sind?“ Sprich: Wieder lebendig macht sie der, der sie das erste Mal hat entstehen lassen. Und er weiß über alle Geschöpfe Bescheid. Er, der euch aus grünen Bäumen Feuer gemacht hat, so daß ihr gleich damit anzünden könnt. Hat nicht der, der die Himmel und die Erde erschaffen hat, auch Macht, ihresgleichen zu erschaffen? Ja doch. Und Er ist der, der alles erschafft und Bescheid weiß. Sein Befehl, wenn Er etwas will, ist, dazu nur zu sagen: Sei!, und es ist. Preis sei dem, in dessen Hand die Herrschaft über alle Dinge ist und zu dem ihr zurückgebracht werdet! (Sure 36, 77–83)<sup>20</sup>

Der unmittelbare Vorgang des Sterbens besteht darin, dass der Todesengel die Seele vom Körper trennt. Bei den guten Menschen soll dies ohne Mühe geschehen, schwierig ist es bei den schlechten.<sup>21</sup> Einen neuralgischen Punkt bildet der Umgang mit dem Leichnam.<sup>22</sup> Von einem Nicht-Muslim darf der Leichnam eines Muslim nicht berührt und keinesfalls gewaschen werden. Sollte dies unumgänglich sein, wird empfohlen, Plastikhandschuhe zu tragen. Ausgenommen Babies dürfen Verstorbene nur von jeweils gleichgeschlechtlichen Personen gewaschen werden. Zu beachten ist, dass Augen und Mund des Toten geschlossen werden, wenn möglich unterstützt durch eine Gesichtsbandage, um zu verhindern, dass sich der Mund wieder öffnet. Die Gliedmaßen sollen begrabigt werden, damit der Tote später von Kopf bis Fuß in weißen Stoff gewickelt werden kann. Der Kopf muss zur rechten Schulter gedreht werden, so dass der Körper mit dem Gesicht Richtung Mekka bestattet werden kann. In den meisten muslimischen Ländern existieren männliche und weibliche Totenrituale parallel nebeneinander.<sup>23</sup> Während die männlichen Rituale als Ausdruck der

---

<sup>20</sup> Der Koran, übers. v. A. Th. Houry, 338f.

<sup>21</sup> Vgl. Sakr, *Death and Dying*, 58.

<sup>22</sup> Vgl. dazu Gerdien Jonker, *The Many Facets of Islam: Death, Dying, and Disposal Between Orthodox Rule and Historical Convention*, in: *Death and Bereavement Across Cultures* (wie Anm. 2), 147–165.

<sup>23</sup> Vgl. dazu Lapidus, *The Meaning of Death in Islam*, 153f sowie Jonker, *The Many Facets of Islam*, 154ff.

Selbstkontrolle, Würde, Beherrschung und der Verehrung Gottes beschrieben werden, soll das Verhalten der Frauen die Kräfte der Familie, Natur und Leidenschaft symbolisieren. Den Frauen ist in den Ritualen die Klage und Verzweiflung über den Verlust zugewiesen. Der Konflikt zwischen diesen beiden verschiedenen Umgangsformen wird regional und besonders in islamischen Erneuerungsbewegungen durch die Unterdrückung des weiblichen Verhaltensmusters gelöst. Die Vermutung liegt nahe, dass die geschlechtsspezifischen Umgangsformen mit dem Tod sich nicht nur auf die Trauerphase, sondern auch auf den Sterbeprozess selbst auswirken.

## WELTRELIGIONEN UND EUTHANASIE-DISKURS

Tiefgründiger und radikaler wird die Dimension der Interreligiosität, wenn die verschiedenen religiösen Vorstellungen über das gute Sterben in den zur Zeit brisanten ethischen Diskurs über die Euthanasie<sup>24</sup> eingebracht werden. Obwohl das Leben der meisten Menschen heute in einem religiös pluralistischen Rahmen verläuft, sind am aktuellen Euthanasie-Diskurs vorwiegend Christentum und Judentum beteiligt. Diese jüdisch-christliche Dominanz in der Euthanasie-Debatte ist vor allem durch die global unterschiedlichen Entwicklungsstandards in Medizin und Technik bedingt. Die technisch hochentwickelten westlichen Länder sind traditionell christlich und jüdisch geprägt und der sich ausbreitende religiöse Pluralismus hat bisher noch kaum eine tiefgreifende Rolle in der ethisch-politischen Meinungsbildung gespielt. Es ist allerdings davon auszugehen, dass sich mit steigender Lebenserwartung in den Ländern der dritten und vierten Welt mit mehr

---

<sup>24</sup> Im medizinischen Sprachgebrauch wird der Begriff Euthanasie überwiegend strikt auf die Bezeichnung der aktiven Sterbehilfe eingeschränkt. In der interdisziplinär ausgerichteten, internationalen Diskussion hingegen wird der Terminus „euthanasia“ sowohl zur Bezeichnung der aktiven als auch der passiven Sterbehilfe verwendet. Bei näherer Betrachtung der Argumentationslinien in verschiedenen religiösen Traditionen zeigt sich, dass die Positionen stark geprägt sind von der jeweiligen Sicht des guten menschlichen Sterbens – im Sinn der ursprünglichen Bedeutung des Begriffes Euthanasie. Es stellt sich daher die Frage, ob es sinnvoll ist die Problematik der „aktiven Euthanasie“ abgespalten und isoliert zu behandeln, zumal sich auch die scheinbar klare Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe ethisch problematisieren lässt (vgl. dazu beispielsweise Erich H. Loewy, *Ethische Fragen in der Medizin*, Wien 1995, 126ff).

oder weniger Zeitverzug ähnliche Entwicklungen wie in Europa und Nordamerika wiederholen.<sup>25</sup>

Der Blick auf die Weltreligionen zeigt, dass die Diskussion weltweit in Bewegung kommt. Vertreter verschiedener Richtungen des Buddhismus haben sich in den letzten Jahren zur Euthanasie-Thematik häufig zu Wort gemeldet. Und obwohl die Medizinethik in Indien primär mit Kindersterblichkeit, mangelhafter Ernährung und der ungleichen Verteilung von Gesundheitsvorsorge und Ressourcen konfrontiert ist, gab es bereits 1980 einen Vorstoß zur Legalisierung von Euthanasie.<sup>26</sup> Die religiösen Traditionen Indiens, die die Praxis des freiwilligen Todes – vor allem in Form des Sterbefastens – unter bestimmten Umständen gutheißen, werden von der indischen „Society for the Right-To-Die-With-Dignity“ zur Legitimierung ihres Anliegens herangezogen. Ausgehend vom westlichen Diskussionsstand stellt sich die Frage nach dem – in den Weltreligionen vielleicht unterschiedlichen – Stellenwert ethischer Prinzipien, die in der aktuellen Debatte stets genannt werden: Achtung vor dem Leben; Selbstbestimmung und Würde der Person; Recht auf Leben – Recht auf Sterben. Die religiösen Traditionen setzen verschiedene Akzente und liefern Impulse, vielleicht auch Herausforderungen für den gegenwärtigen Umgang mit Sterben und Tod. Sie zeigen jedenfalls die Kontextabhängigkeit medizinisch-juristisch-ethischen Handelns, das eingebettet ist in bestimmte Weltbilder. Weltbilder, in denen auch die Frage nach der Bedeutung menschlichen Lebens und Sterbens jeweils spezifische Antworten findet.

Alle Weltreligionen betrachten das Leben als ein hohes Gut, das es zu schützen und zu bewahren gilt. Aktive Euthanasie wird daher entweder gänzlich verworfen oder nur sehr vorsichtig – unter bestimmten Umständen als Ausnahme zur Regel – erwogen bzw. zugelassen. Große Unterschiede zeigen sich in den Auffassungen über die angemessenen Formen der passiven Sterbehilfe. Am Beispiel des Buddhismus greife ich den interreligiösen Euthanasie-Diskurs auf.

---

<sup>25</sup> Vgl. Arthur E. Imhof, *Die Lebenszeit. Vom aufgeschobenen Tod und von der Kunst des Lebens*, München 1988, 228ff.

<sup>26</sup> Vgl. Ishwar C. Verma, *Bioethical Developments in India: 1989–1991*, in: *Bioethics Yearbook 2. Regional Developments in Bioethics: 1989 – 1991*, hg. v. A. B. Lustig u. a., Dordrecht, 1992, 332f; Somen Das/ Hunter P. Mabry, *Human Rights and the „Mercy-Killing Bill“*, in: *Religion and Society* 29 (1982), 13–45.

Bedingt durch die Fortschritte der medizinischen Technik beschäftigen sich japanische buddhistische Bewegungen seit den 80er Jahren intensiver mit bioethischen Fragen.<sup>27</sup> Aktive Euthanasie ist völlig inakzeptabel, zumal die betroffene Person aufgrund physischen und emotionalen Schmerzes als gar nicht entscheidungsfähig angesehen wird. Prinzipiell bildet das buddhistische Tötungsverbot einen klaren Rahmen für die Ablehnung aktiver Sterbehilfe, steht aber in einer gewissen Spannung zur erwünschten Haltung des Mitleids. Auf die Frage, ob der Buddhismus auch im Fall einer geliebten Person, die unerträgliche Schmerzen erleidet und den Tod wünscht, die Sterberlaubnis verweigere, antwortete der Generaldirektor der aus Japan stammenden modernen buddhistischen Richtung Soka Gakkai in den USA:

„Die Leute, die es nicht ertragen können einen geliebten Menschen leiden zu sehen, können zwar ihr eigenes Leid beenden, wenn sie dieser Person das Sterben erlauben, aber das *Karma* des Leidens besteht für die betroffene Person weiter. Die einzig mögliche Lösung ist, dieser Person die Lebenskraft einzuflößen, ihr *Karma* zu verbessern.“<sup>28</sup>

Leiden ist nach buddhistischer Auffassung durch schlechtes *Karma*, unheilbares, von Begierde getriebenem Tun des Menschen bedingt und soll sich durch das Ausleben erschöpfen. Sterbehilfe, die den Sterbeprozess beschleunigt, kann im Rahmen dieser Weltanschauung keine tatsächliche Hilfe sein, da sie den *Karmazusammenhang*<sup>29</sup> unterbricht und das Leiden nur verlängert. Da sich die Aufmerksamkeit darauf konzentriert, einen friedvollen Bewusstseinszustand in der letzten Phase des Sterbens zu ermöglichen, gilt die Gründung von buddhistischen Hospizen als vordringliche und wichtigste Aufgabe.

---

<sup>27</sup> Vgl. dazu Masao Fujii, *Buddhism and Bioethics*, in: *Bioethics Yearbook 1. Theological Developments in Bioethics: 1988 –1990*, hg. v. B. A. Brody u. a., Dordrecht 1991, 63ff.

<sup>28</sup> Frei übersetzt nach Gerald A. Larue, *Euthanasia and Religion. A Survey of the Attitudes of World Religions to the Right-To-Die*, Los Angeles Reprint 1986, 137.

<sup>29</sup> *Karmazusammenhang* meint die durch das Handeln in vergangenen Existenzen bedingten aktuellen (und in weiterer Folge auch zukünftigen) Lebensumstände eines Menschen. Das menschliche Leben ist eingebunden in einen Geburtenkreislauf, der geprägt ist durch das Leiden, nämlich Alter, Krankheit und Tod. Leiden ist das Grundübel menschlicher Existenz, das überwunden werden muss: allerdings nicht oberflächlich, sondern durch Erleuchtung. Der Tod als solcher bietet keine Befreiung vom Leiden.

Während die verschiedenen buddhistischen Richtungen gegenüber der aktiven Sterbehilfe eine relativ einheitlich ablehnende Haltung einnehmen, gibt es keinen Konsens hinsichtlich der passiven Sterbehilfe.<sup>30</sup> Neben der rigorosen Ablehnung findet sich bei modernen Buddhisten auch die Forderung nach sorgfältiger Reflexion, die auf das Gebot des Mitleids einerseits und die Unvermeidbarkeit des *Karm*-zusammenhangs andererseits Bedacht nehmen muss. Nicht zuletzt die Diskrepanz zwischen der traditionellen buddhistischen Ethik und der tatsächlichen medizinischen Praxis erfordert ein neues Überdenken des Verhältnisses von Tötungsverbot und Sterbehilfe.<sup>31</sup> Angesichts der modernen Entwicklung wird ein weiser und von Mitleid geprägter Einsatz der Technologie gefordert, der allerdings stets darauf bedacht sein muss, ein Sterben zu ermöglichen, das spirituellen Fortschritt fördert. Passive Euthanasie kann demnach unter bestimmten Umständen für den Menschen heilsam sein. Das folgende Beispiel zeigt wie vorsichtig und sorgfältig diese Frage behandelt wird.<sup>32</sup> Wenn etwa ein unheilbar krebserkrankter Mann die weitere Behandlung ablehnt, weil die Therapie sehr schmerzvoll und mit negativen Auswirkungen auf seinen Bewusstseinszustand wäre, darüber hinaus finanziell belastend für seine Familie und sein Leben doch nur wenige Wochen verlängern würde und außerdem sein Spitalbett einem anderen Kranken von Nutzen sein könnte, so kann diese Entscheidung ein Ausdruck von Weisheit sein.

Entscheidend für die Beurteilung einer Handlung ist immer die Motivation. Mitleid mit den Sterbenden soll primär zu Sterbebegleitung mit Schmerzerleichterung führen. Medikamente, die das Bewusstsein trüben, sind aber auf jeden Fall zu vermeiden: Die *Karm*-kräfte werden auch geprägt vom Bewusstseinszustand zur Zeit des Todes. Für die meisten Buddhisten dienen alle Maßnahmen, also auch Medikamente, die sich beschleunigend auf den Lebens- und Sterbeprozess auswirken, letztlich nur der Verlängerung des Leidens, das auf eine neue Existenzform verschoben wird. Es zeigt sich allerdings eine vorsichtige Öffnung gegenüber der passiven Sterbehilfe. Unter bestimmten Umständen, die letztlich an den Bewusstseinszustand des betroffe-

---

<sup>30</sup> Vgl. zum Folgenden Robert E. Florida, *Buddhist Approaches to Euthanasia*, in: *Studies in Religion* 22 (1993), 42ff.

<sup>31</sup> Eine Feldstudie in thailändischen Krankenhäusern illustriert den Konflikt zwischen buddhistischen Werten und medizinischer Praxis, vgl. dazu Pinit Ratanakul, *Bioethics in Thailand: The Struggle for Buddhist Solutions*, in: *The Journal of Medicine and Philosophy* 13 (1988), 301–12.

<sup>32</sup> Vgl. Florida, *Buddhist Approaches to Euthanasia*, 44.

nen Menschen gebunden sind, wird auch eine passive Sterbehilfe für heilsam, das heißt der endgültigen Befreiung vom Leiden förderlich, gehalten. Der Tod ist allerdings nicht unmittelbar anzustreben, sondern wird höchstens als Konsequenz der uneigennütigen Entscheidung gegen die technischen Mittel einer Sterbeverlängerung in Kauf genommen.

Eine interreligiöse Basis: Leben ist wertvoll, aber relativ

Zwischen den Weltreligionen gibt es in der Euthanasie-Frage keinen Konsens, sondern beachtliche Unterschiede. Die Bandbreite der Meinungen ist sogar innerhalb der Grenzen einer Religion groß. Es lassen sich trotzdem zwei generelle Thesen bilden, die die gemeinsame Basis der verschiedenen religiösen Traditionen unter Wahrung aller Differenzen beschreiben. Die erste These lautet: **Das menschliche Leben ist wertvoll.** Lebensschutz ist ein Grundwert in den Weltreligionen, der sich zumeist als Tötungsverbot bzw. Gewaltlosigkeit konkretisiert. Dieses Prinzip lässt in einigen religiösen Traditionen dennoch geringe Spielräume für freiwillige aktive Euthanasie unter bestimmten Bedingungen zu. Die zweite These lautet: **Das menschliche Leben ist relativ.** Menschliches Leben ist abhängig und wird radikal in größere Zusammenhänge verwiesen. So hat die Selbstbestimmung des Menschen Grenzen – es gibt nur ein abgeleitetes Recht auf Leben und auf Sterben, sei es bezogen auf eine personale göttliche Macht oder auf einen größeren kosmischen Existenzenkreislauf, der offen ist für eine geistig-spirituelle Transzendenz. Genauso hat aber die Machbarkeit des Lebens Grenzen. Das Leben ist und bleibt endlich, unvollkommen, leidhaft und zerbrechlich. Keine religiöse Tradition unterstützt den medizinisch-technischen Fortschritt um jeden Preis bzw. die Lebensverlängerung um jeden Preis.

## INTERRELIGIOSITÄT ALS HERAUSFORDERUNG FÜR PALLIATIVE CARE

Die Dimension der Interreligiosität ist eine Herausforderung für *palliative care*, die im anglo-amerikanischen Raum – zumindest in der fachlichen Diskussion – bereits aufgegriffen wurde. Der Blick auf die einschlägige Literatur zeigt, dass die Thematik der Interkulturalität und Interreligiosität des Sterbens mittlerweile ein wichtiges Element des Fachdiskurses bildet. Die spirituelle Betreuung von sterbenden PatientInnen und ihren Angehörigen ist ein Bestandteil von *palliative care* und muss den kulturellen und religiösen Unterschieden entspre-

chen. Ausgehend von dieser Basisüberzeugung ergeben sich in der praktischen Umsetzung viele Fragen und Probleme.

## Zuständigkeit und Verankerung

Zunächst stellt sich die wichtige Frage, wer für das Anliegen und die Organisation der spirituellen Betreuung zuständig ist. Es ist nicht nur sachlich fragwürdig, ob die christlichen SeelsorgerInnen für die Organisation dieses Anliegens zuständig gemacht werden sollten, da sie sich in einer strukturell marginalen Position im Krankenhaus vorfinden. Entscheidungen über bestimmte Interventionen oder deren Unterlassung sind nicht nur von der medizinischen oder pflegerischen Logik geprägt. Deshalb sind gerade die „starken“ Professionen, die auch an neuralgischen Punkten damit konfrontiert werden, gefordert, diese Bedürfnisse von PatientInnen aufzunehmen. Trotzdem sind konkrete Personen als AnsprechpartnerInnen für spirituellen Fragen und Bedürfnisse in der Organisation Krankenhaus zu verankern. Wäre es sinnvoll pro Station eine Art PatientInnenanwalt für die psychischen, emotionalen, spirituellen Bedürfnisse einzurichten? Sollte dieses Amt aufgrund einer Zusatzqualifikation vom Pflegepersonal oder vom ärztlichen Team wahrgenommen werden? Oder sollte die Zuständigkeit für diesen Bereich der palliativen Versorgung besser von der medizinisch-pflegerischen „Allkompetenz“ entkoppelt werden?

## Tradition und Individualität

Gerade in der Frage der Beziehung eines/einer religiösen Experten/Expertin zeigt sich, dass ein sehr sensibler und auf die individuelle Person abgestimmter Umgang mit dem Bereich der Spiritualität erforderlich ist. Die Entscheidungshoheit über die jeweilige Vorgangsweise hat immer bei den PatientInnen zu liegen. Zum einen gibt es große Unterschiede zwischen Angehörigen einer bestimmten Religion. Allgemeine Informationen können nur grobe Anhaltspunkte schaffen, die jeweils individuell mit den einzelnen Personen zu klären sind. Zum anderen verläuft die spirituelle Orientierungssuche in keiner religiösen Tradition notwendigerweise in den vorgeformten Bahnen der institutionalisierten Religion. Oder mit den Worten von Julia Neuberger: „the most striking phenomenon is that few people, however apparently rigorous and orthodox they appear to be, adhere wholly to the attitudes that the textbooks say that they are supposed to hold“.<sup>33</sup> Wenn es ein

---

<sup>33</sup> Cultural Issues in Palliative Care: Introduction, 784.

Ideal von *palliative care* ist, Menschen ihren je eigenen Tod zu ermöglichen, so folgt daraus in jeder Frage die individuellen Bedürfnisse zum Ausgangspunkt des Handelns zu machen. Hier berührt sich die Dimension der kulturell-religiösen Differenzen von Menschen mit der Dimension der geschlechtsspezifischen Aspekte von Sterben und Tod. Obwohl es genug Gründe gibt, davon auszugehen, dass die Geschlechtszugehörigkeit bezogen auf Sterben, Tod und Trauer eine wichtige Rolle spielt, wurde diese Fragestellung in der bisherigen Forschung erst in Ansätzen aufgegriffen.<sup>34</sup>

### Sterben lernen als Ausbildungsbestandteil

Es gibt viele verschiedene Antworten auf die Frage, was der Tod bedeutet. Wie immer die Antwort lautet, ans Ende des Lebens schieben lässt sich der Tod jedenfalls nicht. Er ist immer da, der eigene Tod, der des geliebten Menschen und der fremde Tod. In den religiösen und philosophischen Traditionen aller Kulturen werden Menschen dazu angehalten, sich auf den Tod vorzubereiten. „Das ganze Leben muss man sterben lernen“ hat der Philosoph Seneca in vielleicht unüberbietbarer Schlichtheit und Kürze festgestellt.<sup>35</sup> In der Auseinandersetzung mit fremden Einstellungen zu Leben, Tod, Verlust und Trauer differenziert sich die eigene ethische und spirituelle Haltung. Auch diese Dimension bildet einen wichtigen Bestandteil der Ausbildung in *palliative care*. In unserer pluralistischen Gesellschaft haben sich viele Antworten abgenützt. Sie erscheinen nicht mehr plausibel und sind nicht mehr tragfähig. Aber wenn auch die traditionellen Antworten versagen, brauchen die meisten Menschen doch Brücken, um die eigene Angst zu überwinden oder um die Beziehung zu den Sterbenden und Verstorbenen nicht zu verlieren. Wenn Antworten ausfallen, die tragen können, ist es vielleicht möglich Hilfskonstruktionen zu finden, die einen Weg bereiten durch die Bodenlosigkeit des Abschieds und des Verlustes.

Sterbe- und Trauerkulturen, die so verschieden sind wie Kulturen eben sein können, sind Hilfsangebote, um den leeren Raum, den der Verlust hinterlässt, zu durchschreiten. Da gibt es klare Bahnen für die Emotionen, für Klage und Hysterie oder aber rituell inszeniertes Erstarren –

---

<sup>34</sup> Vgl. dazu beispielsweise Joan M. Merdinger, Women, Death, and Dying, in: A Cross-Cultural Look at Death, Dying, and Religion (wie Anm. 2), 1–8; Death, Gender, and Ethnicity, hg. v. D. Field u. a., London 1997.

<sup>35</sup> Seneca, Über die Kürze des Lebens, in: ders., Philosophische Schriften 2, Dialoge VII–XII, übers. v. M. Rosenbach, Darmstadt 1983, 193.

was hilfreich ist, für jene, die in keiner dieser Kulturen wirklich zu Hause sind, ist schwer zu erfahren. Oft scheint es eine Frage des Zufalls oder Glücks zu sein, auf ein Bild zu stoßen, einen Satz zu hören, ein Erlebnis zu haben und ein Stück weitergetragen zu werden. Bilder, Worte, Werke – alles Fragmente, die hilfreich sein können im Umgang mit Sterben und Tod. Und vielleicht bleibt zuletzt der Eindruck, dass der Tod zum Leben gehört, dass er Teil ist eines Ganzen. Die Ahnung, dass alle mit allem verbunden sind in einem großen Kontinuum von Leben und Tod. Vielleicht beginnt dort die Mystik, wo die Grenzen durchlässig werden und die Trauer sich löst in Offenheit – nicht zuletzt für das Leben.